



Gemeinsame Einrichtung KVG  
Institution commune LAMal  
Istituzione comune LAMal

# Leitfaden für die Lieferung der Daten 2019 und 2020 im Jahr 2021 für den Risikoausgleich PCG

Alle wesentlichen Änderungen und Präzisierungen gegenüber dem Leitfaden für den dritten Probelauf sind grau markiert.

## Anmerkung:

*Alle in diesem Dokument verwendeten personenbezogenen Ausdrücke (z.B. "Grenzgänger") umfassen Frauen und Männer gleichermassen.*

1. Grundsätzliches.....	2
1.1 Geltungsbereich .....	2
1.2 Zu liefernde Daten .....	2
<b>2. Zu berücksichtigende Versicherte.....</b>	<b>3</b>
3. Inhalt der zu liefernden Daten.....	3
3.1 AHV-Nummer .....	3
3.2 Geburtsjahr / Geschlecht .....	4
3.3 Wohnkanton .....	4
3.4 Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim.....	4
3.4.1 Stationäre Aufenthalte in der Schweiz.....	5
<b>3.4.2 Stationäre Aufenthalte im Ausland im Rahmen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit .....</b>	<b>5</b>
3.4.3 Über den Jahreswechsel andauernder Aufenthalt .....	6
3.4.4 Aufenthalte infolge Mutterschaft .....	6
3.4.5 Durch die Zusatzversicherung finanzierte Spital- oder Pflegeheimaufenthalte .....	7
3.4.6 Spital- oder Pflegeheimaufenthalte infolge Unfall .....	7
3.4.7 Spital- oder Pflegeheimaufenthalte bei Verlegungen .....	7
3.4.8 Aufenthalt in einer Nachtambulanz .....	7
3.5 Arzneimittel.....	7
3.5.1 Im Ausland gekaufte Arzneimittel .....	8
3.5.2 Über Zusatzentgelte des Fallpauschalenkatalogs vergütete Arzneimittel .....	8
<b>3.5.3 Pauschalvergütung der Arzneimittelabgabe in Pflegeheimen .....</b>	<b>8</b>
3.6 Packungsanzahl .....	8
3.6.1 Plausibilisierung und Korrektur der Packungsanzahl .....	8
3.6.2 Packungsgrößen "Grand Frère" .....	9
3.7 Versicherungsmonate .....	9
3.7.1 Angebrochene Versicherungsmonate .....	9
3.7.2 Versicherungsmonate von Militärdienst leistenden Versicherten .....	10
3.8 Kosten .....	11
<b>3.8.1 Pauschalen bei Arzneimittelabgabe in Pflegeheimen .....</b>	<b>11</b>
<b>3.8.2 Kosten "Grand Frère" Packungen .....</b>	<b>11</b>
3.8.3 Kosten von HMO-Versicherten.....	11
<b>3.8.4 Pauschalzahlungen in den Lebendspende-Nachsorgefonds .....</b>	<b>12</b>
<b>3.8.5 SARS-CoV-2 .....</b>	<b>12</b>
3.9 Kostenbeteiligung .....	12
3.9.1 Pauschalen für Franchise und Selbstbehalt .....	13
4. Technische Vorgaben für die Datenlieferung .....	13
4.1 Struktur der zu liefernden Daten .....	13
4.2 Allgemeine Regeln für die zu importierende Datei .....	15
4.3 Beispiel einer Importdatei .....	16
5. Kontaktpersonen .....	16
<b>Anhang.....</b>	<b>17</b>

## 1. Grundsätzliches

### 1.1 Geltungsbereich

Der Risikoausgleich mit pharmazeutischen Kostengruppen (Risikoausgleich PCG) gilt für die **obligatorische Krankenpflegeversicherung**, einschliesslich der besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 41 Absatz 4 und 62 KVG.

### 1.2 Zu liefernde Daten

Für den Risikoausgleich PCG sind **Individualdaten** zu liefern. Für jeden Versicherten sind die folgenden Daten zu liefern:

AHV-Nummer (wird von SORA PCG pseudonymisiert)
Geburtsjahr
Geschlecht
Wohnkanton
Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim (ja/nein)
GTIN-Code pro Arzneimittel, welches im Zeitpunkt der Abgabe auf der Spezialitätenliste (SL) war und dessen Kosten von der OKP übernommen wird
Anzahl Packungen pro Arzneimittel, welches im Zeitpunkt der Abgabe auf der SL war und dessen Kosten von der OKP übernommen wird
Versicherungsmonate
Bruttokosten
Kostenbeteiligung

Für den Risikoausgleich PCG sind jeweils die Daten des letzten sowie des vorletzten Kalenderjahres in **getrennten Datenfiles** zu liefern. Sämtliche Angaben, d.h. auch die Angaben in Bezug auf den Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim und die bezogenen Arzneimittel, müssen sich in einem Datenfile auf das **gleiche Kalenderjahr** beziehen.

Für den Risikoausgleich PCG sind im Jahr 2021 die **Daten der Jahre 2019 und 2020** zu liefern. Gemäss Art. 6 Abs. 4 VORA sind jeweils die bis Ende Februar des Datenlieferungsjahres abgerechneten Leistungen und erfassten Änderungen des Versichertenbestandes zu berücksichtigen.

Massgebend für die Lieferung der Daten 2019 und 2020  
im Jahr 2021 ist somit der Datenstand am

**28. Februar 2021**

## 2. Zu berücksichtigende Versicherte

In den zu liefernden Daten sind die Versicherten wie folgt zu berücksichtigen:

Versichertenkategorie	Berücksichtigung
<b>Versicherte mit Wohnort in der Schweiz</b> <sup>1</sup>	Ja
<u>Ausnahmen:</u> - Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung, welche sich in der Schweiz aufhalten und Sozialhilfe beziehen (Art. 105a KVG). - Militärversicherte (mehr als 60 aufeinanderfolgende Tage der Militärversicherung unterstellt) für die Dauer der Sistierung der Versicherungspflicht nach KVG. - Rheinschiffer <sup>3</sup> (Art. 9 Abs. 2 Bst. e VORA)	Nein
<b>Versicherte mit temporärem Wohnort im Ausland:</b> Entsandte Arbeitnehmer (Art. 4 KVV) <sup>2</sup> und Personen im öffentl. Dienst mit Aufenthalt im Ausland (Art. 5 KVV) <sup>2</sup>	
• Zivilrechtlicher Wohnsitz in der Schweiz (Erhebung einer "CH-Prämie")	Ja
• Zivilrechtlicher Wohnsitz im Ausland (Erhebung einer EU-/EFTA-Prämie oder einer anderen "Nicht-CH-Prämie")	Nein
<b>Versicherte mit Wohnort in einem EU-Staat bzw. Island oder Norwegen</b>	
• Arbeitsort in der Schweiz (Grenzgänger) <sup>3</sup>	Nein
• Empfänger der Leistung einer schweizerischen Arbeitslosenversicherung <sup>3</sup>	Nein
• Empfänger einer schweizerischen Rente <sup>3</sup>	Nein
• Nicht erwerbstätige Familienangehörige von in der Schweiz wohnenden und erwerbstätigen Personen	Nein
• Rheinschiffer <sup>3</sup> (Art. 9 Abs. 2 Bst. e VORA)	Nein
• Wohnort in Enklaven Büsingen (D) und Campione d'Italia (I)	Nein

<sup>1</sup> Inkl. anerkannte Flüchtlinge (Personen mit positivem Asylentscheid) und "Sans-Papiers"

<sup>2</sup> Sowie die sie begleitenden Familienangehörigen

<sup>3</sup> Inkl. deren nicht erwerbstätige Familienangehörige

Versicherte mit Wohnort in Liechtenstein (mit oder ohne Arbeitsort in der Schweiz) sind dem KVG nicht unterstellt und somit in den Datenlieferungen für den Risikoausgleich nicht zu berücksichtigen.

Bei Versicherten, welche ihre Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht bezahlt haben, bleibt das Versicherungsverhältnis weiterhin bestehen. Sie sind deshalb in der Datenlieferung normal zu berücksichtigen. Das Gleiche gilt für Versicherte, deren Prämie verbilligt oder vollständig erlassen ist sowie für Versicherte mit Prämienzugschrift.

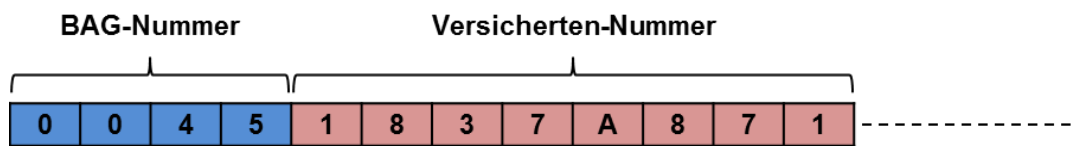
## 3. Inhalt der zu liefernden Daten

### 3.1 AHV-Nummer

Für jeden Versicherten ist die AHV-Nummer anzugeben. Diese AHV-Nummer wird vor der Übermittlung der Daten an die Gemeinsame Einrichtung KVG durch die Software SORA PCG pseudonymisiert.

Mit der pseudonymisierten AHV-Nummer können die Daten der Versicherten über die Jahre hinweg zusammengeführt werden.

Für Versicherte **ohne AHV-Nummer** ist eine Ersatznummer wie folgt zu bilden:



Die ersten vier Ziffern der Ersatznummer müssen immer der BAG-Nummer des Versicherers entsprechen (mit führenden Nullen). Die Länge der Ziffernfolge ist irrelevant.

Versicherten-Nummer: Nur mit Buchstaben und den Ziffern 0-9 und ohne Sonderzeichen (; / \* + , . ; : - \_ usw.) und ohne Leerzeichen.

### 3.2 Geburtsjahr / Geschlecht

Für jeden Versicherten sind das Geburtsjahr sowie das Geschlecht anzugeben. Diese Angaben dienen der Risikogruppenzuordnung der einzelnen Versicherten.

Hat ein Versicherter sein Geschlecht während dem massgebenden Kalenderjahr geändert (mit oder ohne operative Veränderung am Körper), so gilt in der Datenlieferung für das ganze Kalenderjahr das "neue" Geschlecht.

### 3.3 Wohnkanton

In der Datenlieferung sind sämtliche Kantone zu berücksichtigen, in welchen der Versicherte im für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr gewohnt hat.

### 3.4 Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim

Bei jedem Versicherten ist anzugeben, ob er im für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr einen Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim mit der Dauer von **mindestens drei aufeinanderfolgenden Nächten** aufwies.

Zu berücksichtigen ist ein Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim gemäss den Artikeln 39 und 49a Absatz 4 KVG (Vertragsspital), sofern für diesen Aufenthalt Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht wurden.

Es ist nicht entscheidend, in welchem Kanton der Aufenthalt stattfand. Es ist auch unerheblich, ob der Versicherte einen oder mehrere Aufenthalte von mindestens drei aufeinanderfolgenden Nächten im massgebenden Kalenderjahr aufweist.

#### Wichtig!

Sämtliche Angaben in der Datenlieferung müssen das gleiche Kalenderjahr betreffen, so auch die Angaben zu Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim.

Bsp.: Bei der Lieferung der Daten 2019 für den Risikoausgleich PCG sind die Aufenthalte im Kalenderjahr 2019 relevant.

Für die Zuteilung der stationären Aufenthalte auf die Kalenderjahre ist das Behandlungsdatum massgebend. In Bezug auf die Zuteilung von über den Jahreswechsel andauernden Aufenthalten sind die Bestimmungen in Kapitel 3.4.3 zu beachten.

Siehe Beispiele im Anhang: **Bsp 1.1ff**

### 3.4.1 Stationäre Aufenthalte in der Schweiz

Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim gemäss Art. 39 KVG und Aufenthalte in einem Vertragsspital nach Art. 49a Abs. 4 KVG sind im Risikoausgleich PCG zu berücksichtigen.

Die **letzten zwei Ziffern der ZSR-Nummern** von Leistungserbringern in der Schweiz, d.h. auch von Spitälern oder Pflegeheimen, entsprechen der Kantonsnummer des jeweiligen Standortkantons (01 - 26) oder den Zahlen 31 und 32.

Beispiele:

Leistungserbringer in der Schweiz	Standortkanton	ZSR-Nr.
Kantonsspital Liestal	Basel-Landschaft	N7148.13
Lindenhofspital	Bern	G7112.02
Hôpital du Jura	Jura	R7006.26
Kantonsspital Schaffhausen	Schaffhausen	Y7001.14
Senevita Residenz Nordlicht	Zürich	D0158.31

Siehe Beispiel im Anhang: **Bsp. 1.11**

### 3.4.2 Stationäre Aufenthalte im Ausland im Rahmen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit

Stationäre Aufenthalte im Ausland sind in der Datenlieferung nicht zu berücksichtigen. Davon ausgenommen sind jedoch die stationären Aufenthalte im Ausland im Rahmen von Programmen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit (bisher vom EDI bewilligte befristete Pilotprojekte gemäss Art. 36a KVV). Auf den 1. Januar 2018 wurde dafür im KVG eine Gesetzesgrundlage geschaffen und auf Verordnungsstufe wurden die Voraussetzungen angepasst. Seither können weitere unbefristete Programme zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zur Kostenübernahme durch die schweizerische Krankenversicherung beantragt werden. Diese Aufenthalte sind im Risikoausgleich zu berücksichtigen.

Die bewilligten, grenzüberschreitenden Programme betreffen folgende Spitäler und Kliniken im Ausland:

Programm Kanton St. Gallen / Liechtenstein:	ZSR-Nr.
Liechtensteinisches Landesspital, FL-9490 Vaduz	M7030.27
Programm Kantone BS und BL / Landkreis Lörrach:	
Breisgau-Klinik, DE-79189 Bad Krozingen	K0023.92
Markgräflerland-Klinik, DE-79415 Bad Bellingen	L0006.92
PARK-Klinikum, DE-79189 Bad Krozingen	Z0002.92
Reha-Klinik Hausbaden, DE-79410 Badenweiler	N0024.92
Rheintalklinik GmbH & Co Porten KG, DE-79189 Bad Krozingen	I0005.92

Siehe Beispiele im Anhang: **Bsp. 1.12ff**

### 3.4.3 Über den Jahreswechsel andauernder Aufenthalt

Für die Zuteilung eines Aufenthalts auf die Kalenderjahre ist der Zeitraum des Aufenthalts massgebend. Ein Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim kann jedoch **über den Jahreswechsel andauern**. In Art. 3 Abs. 4 VORA ist die Zuteilung des über den Jahreswechsel andauernden Aufenthalts auf die betroffenen Kalenderjahre wie folgt geregelt:

- Die Nacht vom 31. Dezember auf den 1. Januar wird dem Eintrittsjahr zugerechnet.
- Ein Aufenthalt mit einer Dauer von **drei bis fünf** aufeinanderfolgenden Nächten wird dem Jahr zugerechnet, in dem die **Mehrzahl** der Übernachtungen angefallen ist.
- Bei **je zwei** Nächten wird der Aufenthalt dem **Eintrittsjahr** zugerechnet.
- Bei einem Aufenthalt mit einer Dauer von **mehr als fünf Nächten** wird die Aufenthaltsdauer bis Ende des Kalenderjahres angerechnet. Die Fortdauer des Aufenthaltes im neuen Kalenderjahr wird diesem zugerechnet.

Siehe Beispiele im Anhang: **Bsp. 2.1ff**

### 3.4.4 Aufenthalte infolge Mutterschaft

Gemäss Art. 3 Abs. 3 VORA sind **Aufenthalte wegen Mutterschaft nach Art. 29 Abs. 2 Bst. b KVG** (d.h. Aufenthalte im Spital oder Geburtshaus mit Entbindung) im Risikoausgleich **nicht zu berücksichtigen**. Dabei ist nicht relevant, ob die Entbindung mit oder ohne Komplikation verläuft.

Aufenthalte von gesunden Neugeborenen, welche sich mit der Mutter im Spital aufhalten (Art. 29 Abs. 2 Bst. d KVG), werden von den Versicherern oftmals über die Mutter abgerechnet. Diese Abrechnungsmethode darf nicht zu einer Berücksichtigung dieser Aufenthalte im Risikoausgleich führen.

Um eine Berücksichtigung von Aufenthalten wegen Mutterschaft nach Art. 29 Abs. 2 Bst. b KVG sowie von Aufenthalten von gesunden Neugeborenen in Ihrer Datenlieferung für den Risikoausgleich auszuschliessen, sind diese Aufenthalte möglichst auf der Basis der jeweiligen **DRG-Codes** zu ermitteln. Gemäss SwissDRG-Version 8.0 (Abrechnungsversion 2019) sowie SwissDRG-Version 9.0 (Abrechnungsversion 2020) lauten die DRG-Codes für Aufenthalte infolge Mutterschaft mit Entbindung sowie für Aufenthalte von gesunden Neugeborenen wie folgt:

DRG-Codes für Aufenthalte infolge Mutterschaft mit Entbindung sowie für Aufenthalte von gesunden Neugeborenen							
Daten 2019				Daten 2020			
O01A	O02A	O60A	P66D	O01A	O02Z	O60A	P66D
O01B	O02B	O60B	P67D	O01B		O60B	P67D
O01C		O60C		O01C		O60C	
O01D		O60D		O01D		O60D	
O01E				O01E			
O01F				O01F			
O01G				O01G			
O01H				O01H			

Siehe Beispiele im Anhang: **Bsp. 1.9** und **1.10**

### **3.4.5 Durch die Zusatzversicherung finanzierte Spital- oder Pflegeheimaufenthalte**

Spital- oder Pflegeheimaufenthalte, welche **ausschliesslich** aus der Zusatzversicherung finanziert wurden, sind in der Datenlieferung **nicht zu berücksichtigen**.

### **3.4.6 Spital- oder Pflegeheimaufenthalte infolge Unfall**

Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim infolge eines **Unfalles**, welche mindestens drei aufeinanderfolgende Nächte andauern, sind in der Datenlieferung **zu berücksichtigen**, sofern diese Aufenthalte **nicht** über eine **Unfallversicherung** finanziert werden.

### **3.4.7 Spital- oder Pflegeheimaufenthalte bei Verlegungen**

Bei Spital- bzw. Pflegeheimverlegungen (z.B. ein Tag Notfallaufenthalt in Spital A, anschliessend Verlegung für drei Tage in das Spital B) gelten die aufeinanderfolgenden Aufenthaltstage bzw. -nächte als **ein einziger Aufenthalt**, auch wenn diese in **unterschiedlichen** Spitälern bzw. Pflegeheimen erfolgen.

### **3.4.8 Aufenthalt in einer Nachtambulanz**

Gemäss Art. 5 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) handelt es sich bei Aufenthalten in Nachtambulanzen um ambulante Behandlungen. Ein Aufenthalt in einer Nachtambulanz eines Spitals, auch wenn dieser mindestens drei aufeinanderfolgende Nächte dauert, ist somit in den Datenlieferungen für den Risikoausgleich **nicht zu berücksichtigen**.

## **3.5 Arzneimittel**

In der Datenlieferung sind für jeden Versicherten sämtliche Arzneimittel anzugeben, für welche jeweils folgende vier Bedingungen erfüllt sind:

- Die Arzneimittel wurden im für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr an den Versicherten abgegeben;
- Die Arzneimittel waren im für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr **im Abgabzeitpunkt** auf der SL gelistet;
- Die Kosten der Arzneimittel wurden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen;
- Die Arzneimittel sind nicht in einer Pauschale nach Artikel 49 Absatz 1 KVG enthalten.

### **Wichtig!**

Sämtliche Angaben in der Datenlieferung müssen das gleiche Kalenderjahr betreffen, so auch die Angaben betreffend Arzneimittel.

Bsp.: Bei der Lieferung der Daten 2019 für den Risikoausgleich PCG sind die im Kalenderjahr 2019 abgegebenen Arzneimittel relevant (nicht Arzneimittelkonsum im Vorjahr).

Für die Zuteilung der abgegebenen Arzneimittel auf die Kalenderjahre ist das Datum der Abgabe massgebend (Art. 5 Abs. 4 VORA). Es ist jedoch nicht relevant, in welchem Kanton der Versicherte im Zeitpunkt der Abgabe wohnte.



In der Datenlieferung sind die Arzneimittel mit dem GTIN-Code anzugeben. Bis zur Datenlieferung im Jahr 2023 kann jedoch anstelle des GTIN-Codes auch der Pharmacode geliefert werden (Art. 32 Abs. 3 VORA).

### **3.5.1 Im Ausland gekaufte Arzneimittel**

Gemäss Art. 5 Abs. 2 Bst. b VORA werden für die Einteilung in eine PCG nur Arzneimittel berücksichtigt, die zum Zeitpunkt der Abgabe auf der SL waren. Die in der SL gelisteten Arzneimittel sind über den GTIN- und/oder den Pharmacode eindeutig identifizierbar und entsprechen der in der Schweiz zugelassenen Version eines Produktes. Im Ausland gekaufte Arzneimittel erfüllen diese Voraussetzung nicht und sind deshalb nicht zu berücksichtigen.

### **3.5.2 Über Zusatzentgelte des Fallpauschalenkatalogs vergütete Arzneimittel**

Gemäss Art. 5 Abs. 2 Bst. d VORA dürfen Arzneimittel berücksichtigt werden, die nicht in einer Pauschale nach Art. 49 Abs. 1 KVG enthalten sind. Bestimmte Leistungen (z.B. kostenintensive Behandlungsmethoden oder teure Arzneimittel) werden im stationären Bereich nicht über die Fallpauschale, sondern separat mit einem im Fallpauschalenkatalog definierten Zusatzentgelt vergütet. Zusatzentgelte sind jedoch immer ein Teil der Gesamtvergütung und damit integraler Teil der Fallpauschalen-Finanzierung. Über Zusatzentgelte des Fallpauschalenkatalogs vergütete Arzneimittelbezüge sind deshalb nicht zu berücksichtigen.

### **3.5.3 Pauschalvergütung der Arzneimittelabgabe in Pflegeheimen**

Für die ordnungsgemässe Durchführung des Risikoausgleichs sind die Versicherer verpflichtet, dafür zu sorgen, dass ihnen die Pflegeheime die Angaben über die Arzneimittelabgabe an die einzelnen Pflegeheimbewohner in der benötigten Form liefern. Sie berücksichtigen diese Angaben in ihren Datenlieferungen für den Risikoausgleich.

## **3.6 Packungsanzahl**

Bei jedem SL-Arzneimittel, das dem Versicherten im für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr abgegeben wurde, ist die Anzahl der ihm abgegebenen Packungen anzugeben. Die Packungsanzahl ist jeweils mit zwei Stellen nach dem Komma anzugeben (kaufmännisch gerundet).

### **3.6.1 Plausibilisierung und Korrektur der Packungsanzahl**

Die Erfahrungen der Versicherer zeigen, dass die auf den Abrechnungen der Leistungserbringer enthaltene Zahl der abgegebenen Arzneimittelpackungen fehlerhaft sein kann. Für die Plausibilisierung und Korrektur der vom Leistungserbringer angegebenen Packungsanzahl hat die Gemeinsame Einrichtung KVG in Zusammenarbeit mit Versicherern und dem BAG folgendes Verfahren festgelegt:

1. Der Versicherer plausibilisiert die vom Leistungserbringer angegebene Packungsanzahl, indem er für jedes abgegebene Arzneimittel den vom Leistungserbringer für das Arzneimittel in Rechnung gestellten Betrag durch den im Zeitpunkt der Abgabe geltenden Publikumspreis (auf der Spezialitätenliste enthalten) dividiert. Das Resultat ist jeweils die berechnete Packungsanzahl.

2. Es ist nun wie folgt vorzugehen (siehe dazu auch die Zahlenbeispiele in der Anlage):

<b>Folgende Bedingung ist erfüllt:</b>	<b>Vorgehen:</b>
Angegebene Packungsanzahl $\leq 1.5 \times$ berechnete Packungsanzahl und Angegebene Packungsanzahl $\geq 0.5 \times$ berechnete Packungsanzahl	Die vom Leistungserbringer angegebene Packungsanzahl ist zu berücksichtigen.
Angegebene Packungsanzahl $> 1.5 \times$ berechnete Packungsanzahl oder Angegebene Packungsanzahl $< 0.5 \times$ berechnete Packungsanzahl	Die berechnete Packungsanzahl ist zu berücksichtigen.

Siehe **Beispiele** im Anhang.

### 3.6.2 Packungsgrössen "Grand Frère"

Gemäss Art. 5 Abs. 2 Bst. b VORA werden für die Einteilung in PCG nur Arzneimittel berücksichtigt, welche im Zeitpunkt der Abgabe an den Versicherten auf der SL waren.

Packungsgrössen, die nicht auf der SL gelistet sind, wie dies bei "Grand Frère" Packungen teilweise der Fall ist, werden für die Einteilung in PCG nicht berücksichtigt. Sie sind somit in den Datenlieferungen bei den Angaben über die Arzneimittelabgabe nicht zu berücksichtigen.

### 3.7 Versicherungsmonate

Für jeden Versicherten ist die Anzahl der Versicherungsmonate anzugeben, während denen er in dem für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unterstellt war.

Berücksichtigt werden dürfen lediglich Monate, während denen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein Versicherungsverhältnis bestanden hat. Monate, während denen die obligatorische Krankenpflegeversicherung sistiert war, sind in der Datenlieferung nicht zu berücksichtigen (vgl. auch Kapitel 2 und 3.7.2).

Wechselt ein Versicherter seinen Wohnkanton innerhalb eines Kalenderjahres, so müssen dessen Versicherungsmonate korrekt auf die einzelnen Wohnkantone aufgeteilt werden.

Gemäss Art. 6 Abs. 4 VORA sind in der Datenlieferung die bis **einen Monat** vor Ablauf der Frist für die Datenlieferung erfassten Änderungen (d.h. Änderungen bis Ende Februar 2021) des Versichertenbestandes zu berücksichtigen.

#### 3.7.1 Angebrochene Versicherungsmonate

Versicherungsverhältnisse können innerhalb eines Kalendermonats beginnen oder enden (z.B. Wegzug ins Ausland, Wohnsitznahme in der Schweiz, Tod, Sistierung der Versicherungspflicht infolge Unterstellung unter Militärversicherung usw.).

Aufgrund des BGE 142 V 87, **Urteil des Bundesgerichts vom 3. Dezember 2015**, gilt für den Beginn und das Ende der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Grundsatz der Teilbarkeit der Monatsprämie. Somit werden die angebrochenen Versicherungsmonate bei Beginn und Ende der Versicherungsdeckung in der Datenlieferung wie folgt berücksichtigt:

Für jeden Versicherten wird die Zahl der Tage mit Versicherungsdeckung in den angebrochenen Kalendermonaten durch 30 dividiert. Anschliessend wird pro Versicherten die Gesamtzahl der Monate ermittelt. Die Gesamtzahl der Monate pro Versicherten ist mit zwei Stellen nach dem Komma anzugeben (kaufmännisch gerundet).

Beispiel (Divisor = 30):

Versicherte	Versicherungs-Deckung	Ganze Monate	Anzahl Tage mit Versicherungsdeckung in angebrochenen Monaten	Angebrochene Monate in Dezimalen	In Datenlieferung zu berücksichtigende Anzahl Monate
Versicherter A	1.01. – 31.12.2019	12	0	0,000	12,00
Versicherter B	1.01. – 15.02.2019	1	15	0,500 (15/30)	1.50
Versicherter C	1.01. – 28.04.2019	3	28	0.933 (28/30)	3.93
Versicherter E	1.02. – 13.08.2019	6	13	0.433 (13/30)	6.43

Für Versicherer, welche ihre Systeme so programmiert haben, dass die angebrochenen Monate in Dezimalen der einzelnen Versicherten mit der **genauen Gesamtzahl der Tage in den jeweiligen Kalendermonaten** ermittelt werden können, ist auch folgendes Vorgehen zulässig:

Beispiel (Divisor = genaue Gesamtzahl der Tage):

Versicherte	Versicherungs-Deckung	Ganze Monate	Anzahl Tage mit Versicherungsdeckung in angebrochenen Monaten	Angebrochene Monate in Dezimalen	In Datenlieferung zu berücksichtigende Anzahl Monate
Versicherter A	1.01. – 31.12.2019	12	0	0,000	12,00
Versicherter B	1.01. – 15.02.2019	1	15	0,535 (15/28)	1.54
Versicherter C	1.01. – 28.04.2019	3	28	0.933 (28/30)	3.93
Versicherter E	1.02. – 13.08.2019	6	13	0.419 (13/31)	6.42

**Achtung:** Das Urteil des Bundesgerichts vom 3. Dezember 2015 gilt für Sachverhalte des Beginns und Endes der Versicherungsdeckung. Das Urteil gilt nicht für Wohnsitzwechsel bzw. Wechsel des Wohnkantons innerhalb der Schweiz.

### 3.7.2 Versicherungsmonate von Militärdienst leistenden Versicherten

Gemäss Art. 3 Abs. 4 KVG ist die Versicherungspflicht für Personen, welche **während mehr als 60 aufeinanderfolgenden Tagen** dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung (MVG) unterstellt sind, für die Dauer der Unterstellung **zu sistieren**. Diese Personen sind somit für die Dauer der Sistierung der Versicherungspflicht nach KVG in der Datenlieferung für den Risikoausgleich **nicht zu berücksichtigen**. Wenn eine Person zwei aufeinanderfolgende militärische Dienstleistungen absolviert, welche zeitlich nur durch ein Wochenende getrennt sind, gilt dies als **zusammenhängende Dienstleistungsperiode**.

Die Sistierung der Versicherungspflicht nach KVG kann bei Personen, welche für eine bestimmte Zeit dem MVG unterstellt sind, auch innerhalb eines Kalendermonates beginnen oder enden. Die Berücksichtigung dieser "**angebrochenen Monate**" ist im Kapitel 3.7.1 geregelt.

### 3.8 Kosten

Für jeden Versicherten müssen die **Bruttokosten** (d.h. Kosten vor Abzug der Kostenbeteiligung) für die im massgebenden Kalenderjahr effektiv erbrachten Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemeldet werden. Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind in Art. 25 bis 31 KVG, nach Massgabe der in den Artikeln 32 - 34 festgelegten Voraussetzungen, abschliessend geregelt. Leistungen aus der Zusatzversicherung dürfen nicht berücksichtigt werden.

Für die Zuteilung der Kosten auf die Kalenderjahre ist das **Behandlungsdatum** massgebend. Hat die Behandlung über den Jahreswechsel hinaus andauert, sind die Kosten exakt auf die betroffenen Kalenderjahre aufzuteilen (d.h. pro rata temporis).

Hat der Versicherte während der Dauer der Behandlung seinen Wohnkanton gewechselt, so sind die ganzen Kosten der Behandlung dem Wohnkanton im Zeitpunkt des **Behandlungsbegins** zuzuteilen.

Die Kosten sind den Versicherten **verursachergerecht** zuzuteilen, d.h. einer Person dürfen nur Kosten zugeteilt werden, welche durch sie verursacht wurden.

In der Datenlieferung sind die bis Ende Februar des Datenlieferungsjahres abgerechneten Leistungen zu berücksichtigen (vgl. Kapitel 1.2). Die Berücksichtigung von nachträglichen Mutationen, welche Kalenderjahre vor dem für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr betreffen, ist nicht zulässig.

#### 3.8.1 Pauschalen bei Arzneimittelabgabe in Pflegeheimen

Bei Bewohnern in gewissen Pflegeheimen (z.B. im Kanton Freiburg) vergüten die Versicherer die Arzneimittel mittels vertraglich vereinbarter Pauschalen. In diesen Fällen ist bei den Kosten die Höhe der effektiv vergüteten Pauschale für die Arzneimittelabgabe und nicht der Preis gemäss SL zu berücksichtigen.

#### 3.8.2 Kosten "Grand Frère" Packungen

Gemäss BAG-Rundschreiben "Fristverlängerung für die Vergütung von Grand-Frère Packungen aus der OKP" vom 05. Juni 2020 dürfen Grand-Frère Packungen, die zu Kosteneinsparungen gegenüber OKP-gedeckten Kleinpackungen führen, bis zum 31. Dezember 2020 zu Lasten der OKP vergütet werden, auch wenn sie nicht auf der SL gelistet sind. Diesbezügliche Kosten sind dementsprechend in den Datenlieferungen für den Risikoausgleich zu berücksichtigen.

#### 3.8.3 Kosten von HMO-Versicherten

Auch bei den HMO-Versicherten sind grundsätzlich die **effektiv vergüteten Leistungskosten** der OKP massgebend.

Einzelne Versicherer bezahlen jedoch den Betreibern von HMO-Zentren für ihre HMO-Versicherten sogenannte **Behandlungspauschalen** (fixe Preise). Ist es nicht möglich, für diese Versicherten die Kosten zu ermitteln, welche effektiv zu Lasten der OKP abgerechnet werden (z.B. mittels "Schattenrechnungen"), können bei den Kosten die Behandlungspauschalen sowie die

allenfalls darüber hinaus anfallenden Kosten für die Gesundheitsversorgung (gemäss KVG) gemeldet werden.

Damit die Vergleichbarkeit der Kostenerhebung der HMO-Versicherten mit der Kostenerhebung der übrigen Versicherten garantiert ist, sind jedoch folgende Vorgaben unbedingt zu beachten:

- Werden bei den Kosten die Behandlungspauschalen gemeldet, so dürfen die Kosten, resultierend aus der Verwaltung und Führung des HMO-Zentrums, nicht enthalten sein. Davon ausgenommen sind die **Verwaltungskosten zur Führung des Arztpraxisteils** in einem HMO-Zentrum, die als Kosten zu berücksichtigen sind.
- Die Behandlungspauschalen müssen **analog der Gruppierung im Risikoausgleich** berechnet und abgestuft sein und alle Leistungen nach KVG der Ärzte, Spitäler und sonstigen Leistungserbringer enthalten.
- Sämtliche **versicherungstechnischen Dienstleistungen** (Policierung, Beratung und Schadensabwicklung), egal ob sie im HMO-Zentrum oder bei den angeschlossenen Versicherern durchgeführt werden, müssen ausgeschrieben werden.
- Bei allfälliger Absicherung im **Bereich von Grossrisiken** sind nicht die dafür anfallenden Prämien, sondern die **effektiven Kosten** für den Risikoausgleich zu melden.

#### **3.8.4 Pauschalzahlungen in den Lebendspende-Nachsorgefonds**

Gemäss Art. 15a Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz) entrichten die Versicherer eine einmalige Pauschale für die Nachsorge von Lebendspendern an den Lebendspende-Nachsorgefonds nach Artikel 15b des Transplantationsgesetzes.

Da nach Art. 14 Abs. 2 des Transplantationsgesetzes die Pauschale zwingend über die obligatorische Krankenpflegeversicherung des Empfängers der Lebendspende abzurechnen ist, wird eine eindeutige Zuordnung der Pauschale zu einer versicherten Person möglich. Die entsprechenden Pauschalen sind deshalb in den Datenlieferungen für den Risikoausgleich **zu berücksichtigen**.

#### **3.8.5 SARS-CoV-2**

Gemäss Art. 26 der Verordnung 3 über Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus (Covid-19) vom 19. Juni 2020 übernimmt der Bund die Kosten von ärztlich verordneten ambulant durchgeführten molekularbiologischen und serologischen Analysen auf SARS-CoV-2 bei Personen, die die Verdachts-, Beprobungs- und Meldekriterien des BAG vom 24. Juni 2020 erfüllen. Diese Verordnung ist am 22. Juni 2020 in Kraft getreten und gilt bis zum 31. Dezember 2021.

Sämtliche vom Bund übernommenen Kosten im Zusammenhang mit dem Art. 26 der Verordnung 3 über Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus sind in den Datenlieferungen für den Risikoausgleich **nicht zu berücksichtigen**.

### **3.9 Kostenbeteiligung**

Für jeden Versicherten muss die von ihm übernommene Kostenbeteiligung für die im massgebenden Kalenderjahr erbrachten Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemeldet werden.

Die Kostenbeteiligung besteht aus der Franchise, dem Selbstbehalt auf den die Franchise übersteigenden Kosten sowie dem Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital von 15 Franken

pro Tag (Art. 104 Abs. 1 KVV). Anzugeben ist die dem Versicherten unter Berücksichtigung der jährlichen Höchstbeträge des Selbstbehaltes (gemäss Art. 103 Abs. 2 KVV 700 Franken für Erwachsene und 350 Franken für Kinder) gesamthaft auferlegte Kostenbeteiligung.

Für die Zuteilung der Kostenbeteiligung auf die Kalenderjahre ist das **Behandlungsdatum** massgebend. Hat die Behandlung über den Jahreswechsel hinaus andauert, ist die Kostenbeteiligung exakt auf die betroffenen Kalenderjahre aufzuteilen (d.h. pro rata temporis).

Hat der Versicherte während der Dauer der Behandlung seinen Wohnkanton gewechselt, so ist die ganze Kostenbeteiligung für die Behandlung dem Wohnkanton im Zeitpunkt des **Behandlungsbeginns** zuzuteilen.

In der Datenlieferung ist die bis Ende Februar des Datenlieferungsjahres abgerechnete Kostenbeteiligung zu berücksichtigen (vgl. Kapitel 1.2). Die Berücksichtigung von nachträglichen Mutationen, welche Kalenderjahre vor dem für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr betreffen, ist nicht zulässig.

### 3.9.1 Pauschalen für Franchise und Selbstbehalt

Gemäss Art. 103 Abs. 5 KVV können Versicherer für Erwachsene, bei welchen der Versicherungsschutz auf weniger als ein Jahr angelegt ist, für Franchise und Selbstbehalt eine **Pauschale** bei Inanspruchnahme von Leistungen erheben. Diese "Krankenscheingebühren" entsprechen der Kostenbeteiligung und können somit wie diese in der Datenlieferung berücksichtigt werden.

Diese Pauschalen dürfen jedoch nicht in Verbindung mit besonderen Versicherungsformen gemäss den Artikeln 93 – 101a KVV angeboten werden.

## 4. Technische Vorgaben für die Datenlieferung

### 4.1 Struktur der zu liefernden Daten

Für den Versicherten ist in der Datenlieferungsdatei für jedes an ihn abgegebene Arzneimittel grundsätzlich ein Datensatz (= Datenzeile) zu berücksichtigen. Ist an den Versicherten im massgebenden Kalenderjahr kein oder ein Arzneimittel abgegeben worden, so ist für ihn ein Datensatz zu berücksichtigen.

Wechselt der Versicherte im massgebenden Kalenderjahr den Wohnkanton, so werden die Datensätze im neuen Wohnkanton nochmals aufgeführt, wobei die Monate, Kosten und Kostenbeteiligung exakt auf die entsprechenden Kantone aufgeteilt werden. Die Arzneimittelangaben (GTIN / PharmaCode und Packungsanzahl) werden dagegen für jeden Kanton identisch aufgeführt.

Wechselt der Versicherte im massgebenden Kalenderjahr beispielsweise einmal den Wohnkanton und sind ihm im entsprechenden Jahr drei Arzneimittel abgegeben worden, so resultieren für ihn sechs Datensätze.

**Beispiel 1** (F = Frau / M = Mann / J = Ja / N = Nein):

- Alle Versicherten weisen im Jahr 2019 keinen Wechsel des Wohnkantons auf.
- An alle Versicherte wurde im Jahr 2019 ein oder kein Arzneimittel abgegeben.

BAG-Nr.	Jahr	AHV-Nr.	Kanton	Geburts-jahr	Geschlecht	Aufent-halt	GTIN	Pharma-code	Packun-gen	Monate	Kosten	Kosten-beteili-gung
53	2019	7569854149658	ZH	1972	F	J	1258325671147	2568478	0.15	12.00	15'487.50	562.50
53	2019	7565267829731	ZH	1987	M	N		5987621	9.00	8.50	825.00	825.00
53	2019	7567196529746	GL	2001	M	N	2587463928732		6.00	12.00	1'524.30	451.30
53	2019	7567036587016	FR	1978	F	J				6.00	568.00	300.00
53	2019	7562157865129	BE	1944	M	N	5483571226580		13.00	12.00	0.00	0.00

Für jeden Versicherten ergibt sich ein Datensatz.

**Beispiel 2** (F = Frau / M = Mann / J = Ja / N = Nein):

- Ein Versicherter (AHV-Nr. 7567196529746) hat im Jahr 2019 den Wohnkanton gewechselt.
- An alle Versicherten wurde im Jahr 2019 ein oder kein Arzneimittel abgegeben.

BAG-Nr.	Jahr	AHV-Nr.	Kanton	Geburts-jahr	Geschlecht	Aufent-halt	GTIN	Pharma-code	Packun-gen	Monate	Kosten	Kosten-beteili-gung
53	2019	7569854149658	ZH	1972	F	J	1258325671147	2568478	0.15	12.00	15'487.50	562.50
53	2019	7565267829731	ZH	1987	M	N		5987621	9.00	8.50	825.00	825.00
53	2019	7567196529746	GL	2001	M	N	2587463928732		6.00	8.00	753.00	399.00
53	2019	7567196529746	SZ	2001	M	N	2587463928732		6.00	4.00	771.30	52.30
53	2019	7567036587016	FR	1978	F	J				6.00	568.00	300.00
53	2019	7562157865129	BE	1944	M	N	5483571226580		13.00	12.00	0.00	0.00

Für den Versicherten mit der AHV-Nr. 7567196529746 ergeben sich zwei Datensätze. Die Versicherungsmonate, Kosten und Kostenbeteiligung werden bei ihm korrekt auf die beiden Wohnkantone aufgeteilt.

**Beispiel 3** (F = Frau / M = Mann / J = Ja / N = Nein):

- Ein Versicherter (AHV-Nr. 7567196529746) hat im Jahr 2019 den Wohnkanton gewechselt und zwei Arzneimittel bezogen.
- Alle anderen Versicherten haben im Jahr 2019 den Wohnkanton nicht gewechselt und ein oder kein Arzneimittel bezogen.

BAG-Nr.	Jahr	AHV-Nr.	Kanton	Geburts-jahr	Geschlecht	Aufenthalt	GTIN	Pharmacode	Packungen	Monate	Kosten	Kosten-beteiligung
53	2019	7569854149658	ZH	1972	F	J	1258325671147	2568478	0.15	12.00	15'487.50	562.50
53	2019	7565267829731	ZH	1987	M	N		5987621	9.00	8.50	825.00	825.00
53	2019	7567196529746	GL	2001	M	N	2587463928732		6.00	8.00	753.00	399.00
53	2019	7567196529746	GL	2001	M	N	2155903657123		12.00	8.00	753.00	399.00
53	2019	7567196529746	SZ	2001	M	N	2587463928732		6.00	4.00	771.30	52.30
53	2019	7567196529746	SZ	2001	M	N	2155903657123		12.00	4.00	771.30	52.30
53	2019	7567036587016	FR	1978	F	J				6.00	568.00	300.00
53	2019	7562157865129	BE	1944	M	N	5483571226580		13.00	12.00	0.00	0.00

Da dem Versicherten (AHV-Nr. 7567196529746) zwei Arzneimittel abgegeben wurden, ergeben sich pro Wohnkanton zwei Datensätze, insgesamt somit vier Datensätze. Die Monate, Kosten und Kostenbeteiligung werden exakt auf die Wohnkantone aufgeteilt.

## 4.2 Allgemeine Regeln für die zu importierende Datei

- a) Die Datei muss das CSV-Format aufweisen (Comma Separated Values), wobei der Separator zwischen den einzelnen Spaltenwerten ein Semikolon (;) sein muss.
- b) Der verwendete Zeichensatz muss ANSI sein.
- c) Die erste Zeile muss aus folgender Kopfzeile bestehen:  
BAG-Nr.;Jahr;AHV-Nummer;Kanton;Geburtsjahr;Geschlecht;Aufenthalt;GTIN;PharmaCode;Packungen;Monate;Kosten;Kostenbeteiligung
- d) Jede Zeile muss in der ersten Spalte die gleiche BAG-Nummer enthalten. Jede Zeile muss in der zweiten Spalte das gleiche Kalenderjahr enthalten, aus welchem die Daten stammen (d.h. eine Datei pro Versicherer und Kalenderjahr).
- e) Die Datei darf keine Leerzeilen enthalten.
- f) Bei Zahlen sind Tausender-Trennzeichen wie Hochkomma oder Leerzeichen nicht erlaubt.
- g) GTIN oder PharmaCode (läuft 2023 aus) können alternativ geliefert werden.
- h) Alle Spalten müssen ausgefüllt sein, ausser Spalten GTIN, PharmaCode und Packungen (wenn kein Arzneimittel abgegeben wurde).
- i) GTIN muss 13 Stellen umfassen, PharmaCode muss 5 bis 7 Stellen umfassen.
- j) GTIN und PharmaCode müssen rein numerisch sein.
- k) Wenn Spalte GTIN und/oder PharmaCode ausgefüllt ist, so muss auch die Anzahl der Packungen angegeben sein und umgekehrt.
- l) Leere Einträge dürfen keinerlei Zeichen zwischen den spaltentrennenden Semikolons enthalten. Die Zahl 0 gilt nicht als leerer Eintrag.
- m) Pro versicherte Person sind mehrere Zeilen möglich.
- n) Negative numerische Werte sind nicht erlaubt.

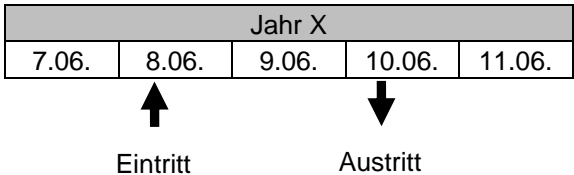
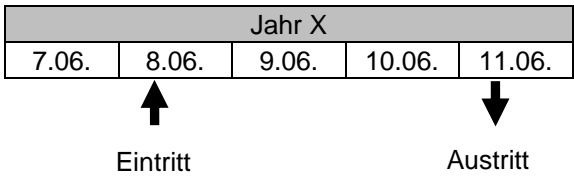
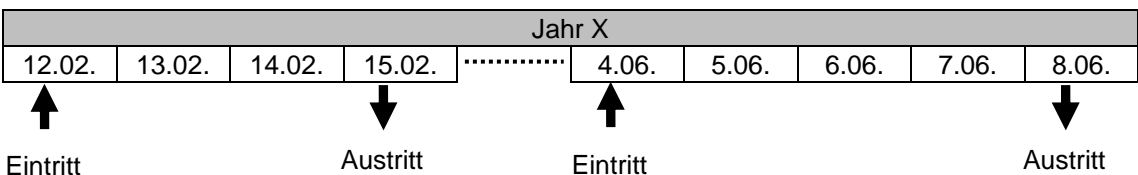
Spalte	Inhalt	Datentyp	Bemerkung
1	BAG-Nummer	Integer	Jede Zeile muss die gleiche BAG-Nr. aufweisen.
2	Jahr	Integer	Angabe des Kalenderjahres, aus welchem die Daten stammen. Jede Zeile muss das gleiche Kalenderjahr aufweisen.
3	AHV-Nummer	String	Wird von SORA PCG vor Datenübermittlung an Gemeinsame Einrichtung KVG pseudonymisiert. Die AHV-Nummer darf nicht mit Punkten oder Leerzeichen gruppiert sein (756.1234.5678.90).
4	Kanton	String	Wohnkanton der versicherten Person mit gültigem Kantonskürzel (ZH, BE,.....JU).
5	Geburtsjahr	Integer	Geburtsjahr der versicherten Person.
6	Geschlecht	Character	Kann "F" (Frau) oder "M" (Mann) sein.
7	Aufenthalt	Character	Kann "J" (ja) oder "N" (nein) sein.
8	GTIN	Integer	13-stellig.
9	PharmaCode	Integer	5-7-stellig.

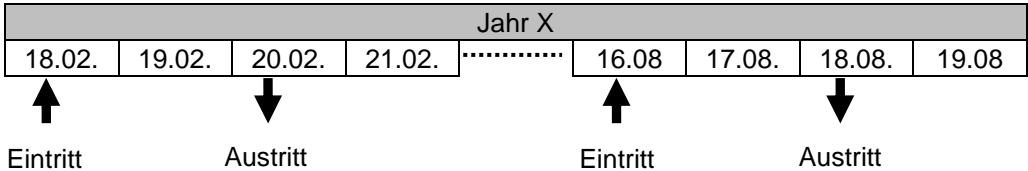
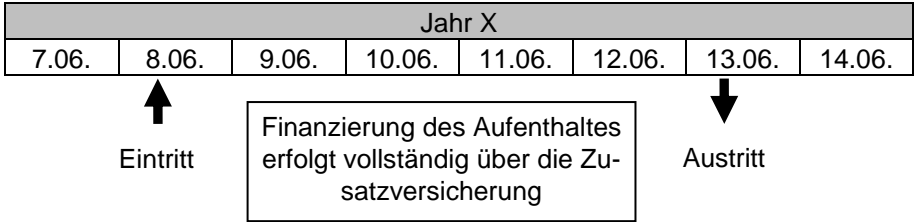
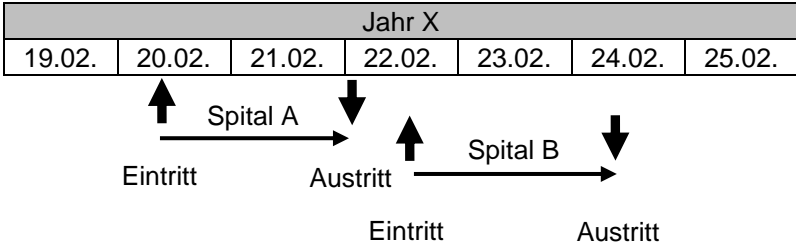


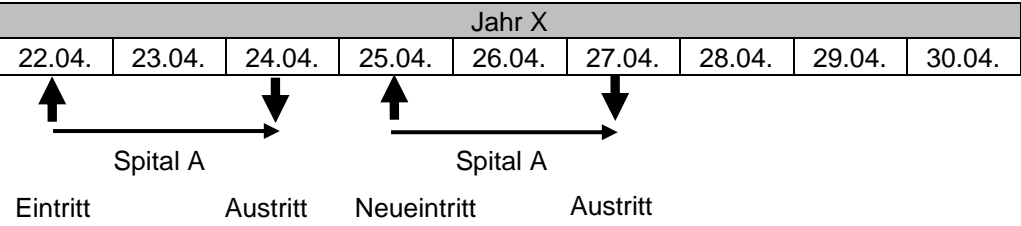
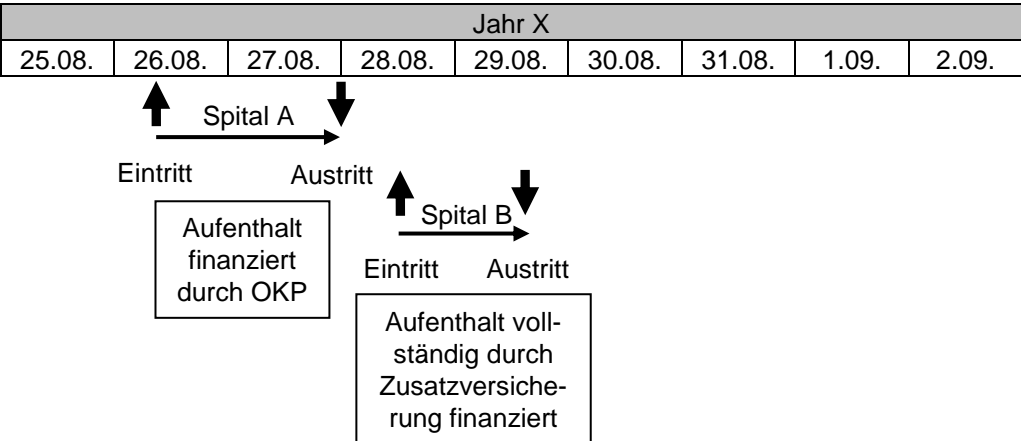


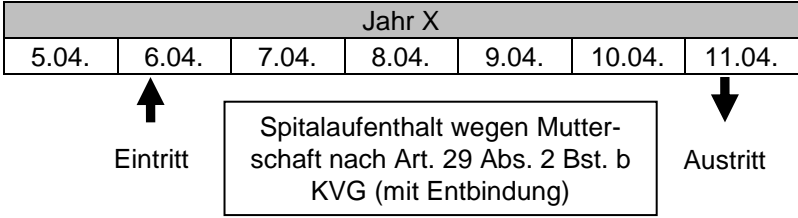
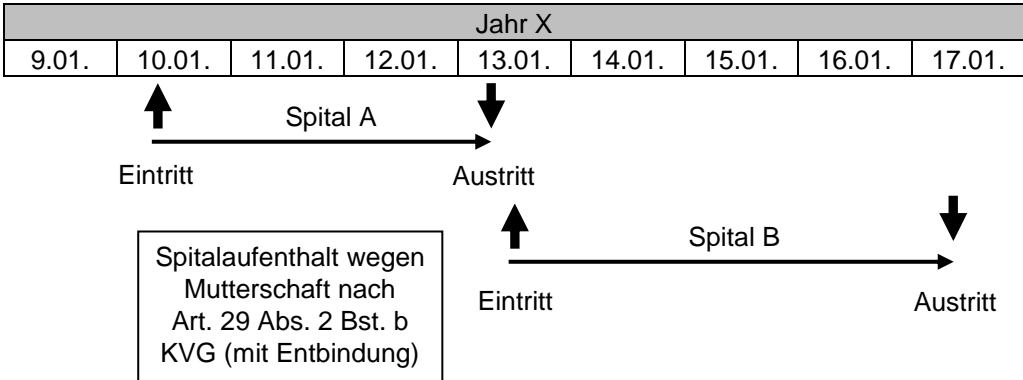
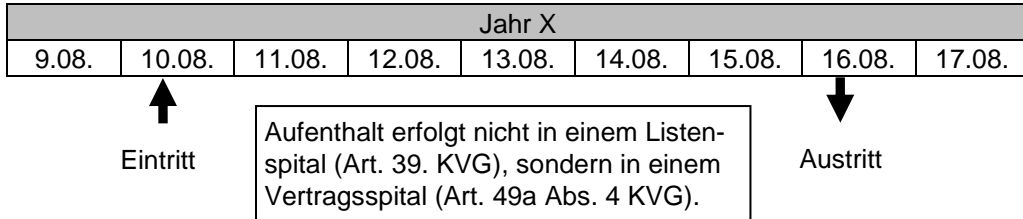
**Beispiele für die Berücksichtigung von Spital- und Pflegeheimaufenthalten**


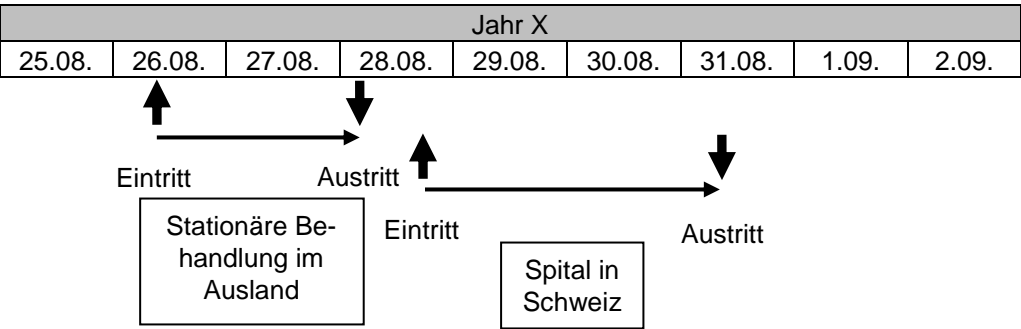
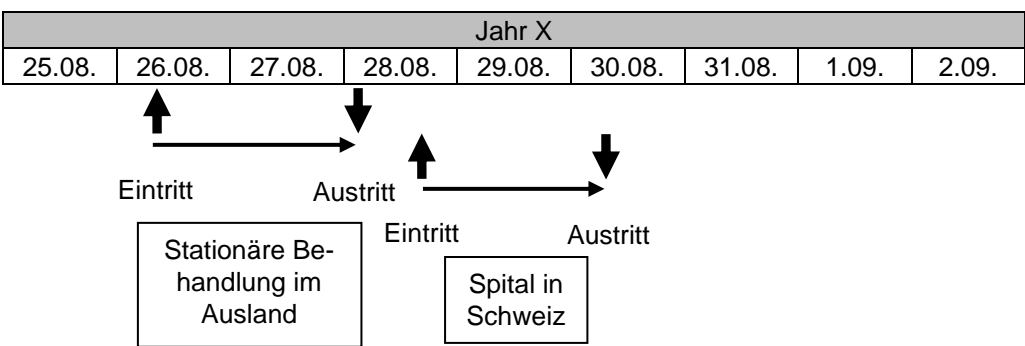
**1. Aufenthalte ohne Jahreswechsel**

Situation	Regelung
<p>1.1</p> 	<p>Nicht zu berücksichtigender Aufenthalt.  <u>Begründung:</u>                      Der Aufenthalt dauert weniger als drei aufeinanderfolgende Nächte.</p>
<p>1.2</p> 	<p>Zu berücksichtigender Aufenthalt.  <u>Begründung:</u>                      Der Aufenthalt dauert drei aufeinanderfolgende Nächte.</p>
<p>1.3</p> 	<p>Zu berücksichtigender Aufenthalt.  <u>Begründung:</u>                      Der Versicherte ist im Jahr X zweimal im Spital. Beide Spitalaufenthalte dauern jeweils drei oder mehr aufeinanderfolgende Nächte. Ob der Versicherte einen oder mehrere Aufenthalte aufweist, spielt keine Rolle. In der Datenlieferung ist für die Zuteilung seiner Daten (Monate, Kosten, Kostenbeteiligungen) auf die Risikogruppen lediglich entscheidend, ob er im Jahr X mindestens einen Aufenthalt mit mindestens drei aufeinanderfolgenden Nächten aufweist.</p>

Situation	Regelung
<p>1.4</p> 	<p>Nicht zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Der Versicherte ist im Jahr X zweimal im Spital. Beide Aufenthalte dauern jedoch jeweils weniger als drei aufeinanderfolgende Nächte.</p>
<p>1.5</p> 	<p>Nicht zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Spital- oder Pflegeheimaufenthalte werden nur berücksichtigt, wenn sie ganz oder teilweise über die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert werden.</p>
<p>1.6</p> 	<p>Zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Bei einer Spitalverlegung am gleichen Tag gilt der Aufenthalt als ununterbrochen. Der Aufenthalt dauert somit vier aufeinanderfolgende Nächte.</p>

Situation	Regelung									
<p>1.7</p>  <p>Jahr X</p> <table border="1" data-bbox="264 252 1281 327"> <tr> <td>22.04.</td> <td>23.04.</td> <td>24.04.</td> <td>25.04.</td> <td>26.04.</td> <td>27.04.</td> <td>28.04.</td> <td>29.04.</td> <td>30.04.</td> </tr> </table> <p>Eintritt      Austritt      Neueintritt      Austritt</p>	22.04.	23.04.	24.04.	25.04.	26.04.	27.04.	28.04.	29.04.	30.04.	<p>Nicht zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u>  Bei einem Austritt aus einem Spital oder Pflegeheim und einem Neueintritt am Folgetag in der gleichen stationären Einrichtung ist der Aufenthalt unterbrochen. Gemäss Art. 3 Abs. 1 VORA muss ein Aufenthalt für die Berücksichtigung im Risikoausgleich mindestens drei <b>aufeinanderfolgende Nächte</b> gedauert haben. Der Aufenthalt ist vom 24.04. auf den 25.04. unterbrochen (keine aufeinanderfolgenden Nächte) Es handelt sich deshalb um zwei Aufenthalte mit der Dauer von jeweils weniger als drei aufeinanderfolgenden Nächten.</p>
22.04.	23.04.	24.04.	25.04.	26.04.	27.04.	28.04.	29.04.	30.04.		
<p>1.8</p>  <p>Jahr X</p> <table border="1" data-bbox="264 687 1281 762"> <tr> <td>25.08.</td> <td>26.08.</td> <td>27.08.</td> <td>28.08.</td> <td>29.08.</td> <td>30.08.</td> <td>31.08.</td> <td>1.09.</td> <td>2.09.</td> </tr> </table> <p>Eintritt      Austritt      Eintritt      Austritt</p> <p>Aufenthalt finanziert durch OKP</p> <p>Aufenthalt vollständig durch Zusatzversicherung finanziert</p>	25.08.	26.08.	27.08.	28.08.	29.08.	30.08.	31.08.	1.09.	2.09.	<p>Nicht zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u>  Bei einer Spitalverlegung am gleichen Tag gilt der Aufenthalt zwar als ununterbrochen (vgl. Beispiel 1.6). Der Aufenthalt im Spital B wird jedoch vollständig aus der Zusatzversicherung finanziert und ist somit nicht zu berücksichtigen. Der Aufenthalt im Spital A dauert lediglich zwei aufeinanderfolgende Nächte.</p>
25.08.	26.08.	27.08.	28.08.	29.08.	30.08.	31.08.	1.09.	2.09.		

Situation	Regelung
<p>1.9</p> 	<p>Nicht zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Gemäss Art. 3 Abs. 3 VORA sind Aufenthalte wegen Mutterschaft nach Art. 29 Abs. 2 Bst. b KVG (mit Entbindung) im Risikoausgleich nicht zu berücksichtigen. Dabei ist es nicht relevant, ob die Entbindung mit oder ohne Komplikationen verläuft.</p>
<p>1.10</p> 	<p>Nicht zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Bei einer Spitalverlegung am gleichen Tag gilt der Aufenthalt als ununterbrochen (vgl. Beispiel 1.6). Der Aufenthalt dauert somit sieben aufeinanderfolgende Nächte.</p> <p>Während diesem Aufenthalt ist die Entbindung erfolgt. Gemäss Art. 3 Abs. 3 VORA ist ein Aufenthalt wegen Mutterschaft nach Art. 29 Abs. 2 Bst. b KVG (mit Entbindung) im Risikoausgleich nicht zu berücksichtigen. Dabei ist es nicht relevant, ob die Entbindung mit oder ohne Komplikationen verläuft.</p>
<p>1.11</p> 	<p>Zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Ein Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim wird berücksichtigt, wenn der Aufenthalt zumindest teilweise aus der OKP finanziert wird. Dabei ist es unerheblich, ob der Aufenthalt in einem Listen- oder in einem Vertragsspital erfolgt. Der Aufenthalt dauert sechs aufeinanderfolgende Nächte.</p>

Situation	Regelung
<p>1.12</p> 	<p>Nicht zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Stationäre Behandlungen im Ausland werden nicht berücksichtigt (Art. 3 Abs. 2 VORA).</p> <p><b>Siehe auch unten!</b></p>
<p>1.13</p> 	<p>Zu berücksichtigender Aufenthalt (28. - 31.08.).</p> <p><u>Begründung:</u> Die Einweisung zur stationären Behandlung erfolgt im Ausland (z.B. Notfall). Anschliessend Verlegung in ein Spital in der Schweiz. Stationäre Behandlungen im Ausland werden nicht berücksichtigt (Art. 3 Abs. 2 VORA). Der anschliessende Aufenthalt im Spital in der Schweiz dauert drei aufeinanderfolgende Nächte und ist somit zu berücksichtigen.</p> <p><b>Siehe auch unten!</b></p>
<p>1.14</p> 	<p>Nicht zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Die Einweisung zur stationären Behandlung erfolgt im Ausland (z.B. Notfall). Anschliessend Verlegung in ein Spital in der Schweiz. Stationäre Behandlungen im Ausland werden nicht berücksichtigt (Art. 3 Abs. 2 VORA). Der anschliessende Aufenthalt im Spital in der Schweiz dauert weniger als drei aufeinanderfolgende Nächte und ist somit nicht zu berücksichtigen.</p> <p><b>Siehe auch unten!</b></p>

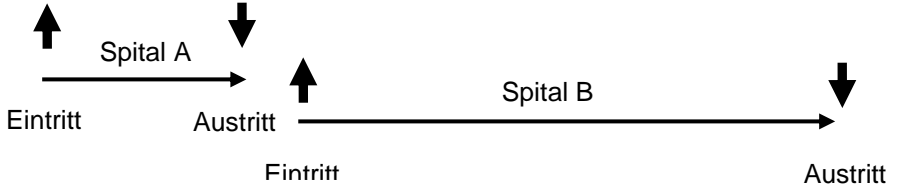
**Wichtig:** Die stationären Aufenthalte im Ausland im Rahmen von Programmen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit (bisher vom EDI bewilligte Pilotprojekte gemäss Art. 36a KVV) sind im Risikoausgleich zu berücksichtigen (vgl. Kapitel 0).

## 2. Aufenthalt mit Jahreswechsel

Situation	Regelung																				
<p>2.1</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <th colspan="7">Jahr X</th> <th colspan="3">Jahr X+1</th> </tr> <tr> <td>25.12.</td><td>26.12.</td><td>27.12.</td><td>28.12.</td><td>29.12.</td><td>30.12.</td><td>31.12.</td> <td>1.01.</td><td>2.01.</td><td>3.01.</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 20px;">↑ Eintritt</p> <p style="margin-left: 400px;">↓ Austritt</p>	Jahr X							Jahr X+1			25.12.	26.12.	27.12.	28.12.	29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	<p>Der Aufenthalt wird nur im Jahr X berücksichtigt.</p> <p><u>Begründung:</u> Der Aufenthalt dauert nur im Jahr X mindestens drei aufeinanderfolgende Nächte.</p>
Jahr X							Jahr X+1														
25.12.	26.12.	27.12.	28.12.	29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.												
<p>2.2</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <th colspan="6">Jahr X</th> <th colspan="4">Jahr X+1</th> </tr> <tr> <td>26.12.</td><td>27.12.</td><td>28.12.</td><td>29.12.</td><td>30.12.</td><td>31.12.</td> <td>1.01.</td><td>2.01.</td><td>3.01.</td><td>4.01.</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 20px;">↑ Eintritt</p> <p style="margin-left: 400px;">↓ Austritt</p>	Jahr X						Jahr X+1				26.12.	27.12.	28.12.	29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	4.01.	<p>Der Aufenthalt wird in beiden Jahren berücksichtigt.</p> <p><u>Begründung:</u> Der Aufenthalt dauert in beiden Jahren mindestens drei aufeinanderfolgende Nächte.</p>
Jahr X						Jahr X+1															
26.12.	27.12.	28.12.	29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	4.01.												
<p>2.3</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <th colspan="2">Jahr X</th> <th colspan="3">Jahr X+1</th> </tr> <tr> <td>30.12.</td><td>31.12.</td> <td>1.01.</td><td>2.01.</td><td>3.01.</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 20px;">↑ Eintritt</p> <p style="margin-left: 200px;">↓ Austritt</p>	Jahr X		Jahr X+1			30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	<p>Der Aufenthalt wird im Jahr X berücksichtigt.</p> <p><u>Begründung:</u> Ein Aufenthalt mit der Dauer von je zwei aufeinanderfolgenden Nächten wird dem Eintrittsjahr zugerechnet (Art. 3 Abs. 4 VORA).</p>										
Jahr X		Jahr X+1																			
30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.																	
<p>2.4</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <th colspan="2">Jahr X</th> <th colspan="4">Jahr X+1</th> </tr> <tr> <td>30.12.</td><td>31.12.</td> <td>1.01.</td><td>2.01.</td><td>3.01.</td><td>4.01.</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 20px;">↑ Eintritt</p> <p style="margin-left: 250px;">↓ Austritt</p>	Jahr X		Jahr X+1				30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	4.01.	<p>Der Aufenthalt wird im Jahr X+1 berücksichtigt.</p> <p><u>Begründung:</u> Die Aufenthaltsdauer beträgt fünf Nächte. Ein Aufenthalt mit der Dauer von drei bis fünf aufeinanderfolgenden Nächten wird dem Jahr zugerechnet, in welchem die Mehrzahl der Nächte angefallen sind. (Art. 3 Abs. 4 VORA)</p>								
Jahr X		Jahr X+1																			
30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	4.01.																

Situation	Regelung												
<p>2.5</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <th colspan="3">Jahr X</th> <th colspan="3">Jahr X+1</th> </tr> <tr> <td>29.12.</td> <td>30.12.</td> <td>31.12.</td> <td>1.01.</td> <td>2.01.</td> <td>3.01.</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"> <span style="margin-right: 150px;">↑</span> <span>↓</span>            Eintritt           <span style="margin-left: 150px;">Austritt</span> </p>	Jahr X			Jahr X+1			29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	<p>Der Aufenthalt wird im Jahr X berücksichtigt.</p> <p><u>Begründung:</u>            Die Aufenthaltsdauer beträgt fünf Nächte. Ein Aufenthalt mit der Dauer von drei bis fünf aufeinanderfolgenden Nächten wird dem Jahr zugerechnet, in welchem die Mehrzahl der Nächte angefallen sind. Die Nacht über den Jahreswechsel wird immer dem Eintrittsjahr zugerechnet. (Art. 3 Abs. 4 VORA)</p>
Jahr X			Jahr X+1										
29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.								
<p>2.6</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <th colspan="3">Jahr X</th> <th colspan="3">Jahr X+1</th> </tr> <tr> <td>29.12.</td> <td>30.12.</td> <td>31.12.</td> <td>1.01.</td> <td>2.01.</td> <td>3.01.</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"> <span style="margin-right: 150px;">↑</span> <span>↓</span>            Eintritt           <span style="margin-left: 150px;">Austritt</span> </p>	Jahr X			Jahr X+1			29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	<p>Der Aufenthalt wird im Jahr X berücksichtigt.</p> <p><u>Begründung:</u>            Die Aufenthaltsdauer beträgt vier Nächte. Ein Aufenthalt mit der Dauer von drei bis fünf aufeinanderfolgenden Nächten wird dem Jahr mit der Mehrzahl der Nächte zugerechnet. Die Nacht über den Jahreswechsel wird immer dem Eintrittsjahr zugerechnet (Art. 3 Abs. 4 VORA)</p>
Jahr X			Jahr X+1										
29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.								
<p>2.7</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <th colspan="3">Jahr X</th> <th colspan="3">Jahr X+1</th> </tr> <tr> <td>29.12.</td> <td>30.12.</td> <td>31.12.</td> <td>1.01.</td> <td>2.01.</td> <td>3.01.</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"> <span style="margin-right: 50px;">↑</span> <span>↓</span>            Eintritt           <span style="margin-left: 50px;">Austritt</span> </p>	Jahr X			Jahr X+1			29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	<p>Der Aufenthalt wird nicht berücksichtigt.</p> <p><u>Begründung:</u>            Die Dauer des Aufenthalts beträgt weniger als drei aufeinanderfolgende Nächte.</p>
Jahr X			Jahr X+1										
29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.								



Situation	Regelung																
<p>2.8</p> <table border="1" data-bbox="255 260 1162 333"> <thead> <tr> <th colspan="4">Jahr X</th> <th colspan="4">Jahr X+1</th> </tr> <tr> <td>28.12.</td> <td>29.12.</td> <td>30.12.</td> <td>31.12.</td> <td>1.01.</td> <td>2.01.</td> <td>3.01.</td> <td>4.01.</td> </tr> </thead> </table>  <p>The diagram illustrates a patient's hospital stay across two years. In Year X, the patient enters Spital A on 28.12. and is discharged on 30.12. On 30.12., they are admitted to Spital B and remain there until 4.01. in Year X+1. The stay is continuous across the year boundary.</p>	Jahr X				Jahr X+1				28.12.	29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	4.01.	<p>Der Aufenthalt wird in beiden Jahren berücksichtigt.</p> <p><u>Begründung:</u> Bei einer Spitalverlegung am gleichen Tag gilt der Aufenthalt als ununterbrochen. Der Aufenthalt dauert somit in beiden Jahren mindestens drei aufeinanderfolgende Nächte.</p>
Jahr X				Jahr X+1													
28.12.	29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	4.01.										

## Beispiele für die Plausibilisierung und Korrektur der Packungsanzahl

Vgl. dazu Kapitel 3.6 bzw. 3.6.1

### Packung à 40 Tabletten / Publikumspreis CHF 120

Effektive Abgabe an Versicherten	Rechnungsbetrag CHF	Berechnete Anzahl Packungen	Untere Toleranz (Berechnete Anzahl * 0.5)	Obere Toleranz (Berechnete Anzahl * 1.5)	Auf Leistungsabrechnung angegebene Packungsanzahl	In Datenlieferung zu berücksichtigende Packungsanzahl (auf zwei Kommastellen kaufmännisch gerundet)
3 Packungen	324.00 <sup>1</sup>	2.700	1.350	4.050	<b>3.00</b>	<b>3.00</b>
16 Packungen	1'920.00	16.000	8.000	24.000	<b>16.00</b>	<b>16.00</b>
1 Tablette	3.00	<b>0.025</b>	0.013	0.038	1.00	<b>0.03</b>
5 Tabletten	15.00	<b>0.125</b>	0.063	0.188	5.00	<b>0.13</b>

### Packung à 1'000 ml / Publikumspreis CHF 50

Effektive Abgabe an Versicherten	Rechnungsbetrag CHF	Berechnete Anzahl Packungen	Untere Toleranz (Berechnete Anzahl * 0.5)	Obere Toleranz (Berechnete Anzahl * 1.5)	Auf Leistungsabrechnung angegebene Packungsanzahl	In Datenlieferung zu berücksichtigende Packungsanzahl (auf zwei Kommastellen kaufmännisch gerundet)
2 Packungen	100.00	2.000	1.000	3.000	<b>2.00</b>	<b>2.00</b>
15 Packungen	675.00 <sup>1</sup>	13.500	6.750	20.250	<b>15.00</b>	<b>15.00</b>
100 ml	5.00	<b>0.100</b>	0.050	0.150	100.00	<b>0.10</b>
10 ml	0.50	<b>0.010</b>	0.005	0.015	10.00	<b>0.01</b>

<sup>1</sup> 10 Prozent Rabatt enthalten