

Leitfaden Risikoausgleich 2024



Anmerkungen:

Version vom 19.12.2024

Alle wesentlichen Änderungen sind grau markiert.

1.	Grundsätzliches	1
1.1	Geltungsbereich	1
1.2	Zu liefernde Daten	1
2.	Zu berücksichtigende Versicherte	2
3.	Inhalt der zu liefernden Daten	2
3.1	AHV-Nummer	2
3.2	Geburtsjahr / Geschlecht	3
3.3	Wohnkanton	3
3.4	Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim	3
3.4.1	Stationäre Aufenthalte in der Schweiz	3
3.4.2	Stationäre Aufenthalte im Ausland im Rahmen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit	4
3.4.3	Über den Jahreswechsel andauernder Aufenthalt	4
3.4.4	Aufenthalte infolge Mutterschaft	4
3.4.5	Durch die Zusatzversicherung finanzierte Spital- oder Pflegeheimaufenthalte	5
3.4.6	Spital- oder Pflegeheimaufenthalte infolge Unfalls	5
3.4.7	Spital- oder Pflegeheimaufenthalte bei Verlegungen	5
3.4.8	Aufenthalt in einer Nachtambulanz	6
3.4.9	Aufenthalt bei zeitweiser Zugehörigkeit zum Versichertenbestand des Risikoausgleichs ...	6
3.4.10	Regress	6
3.5	Arzneimittel	6
3.5.1	Im Ausland gekaufte Arzneimittel	7
3.5.2	Über Zusatzentgelte des Fallpauschalenkatalogs vergütete Arzneimittel	7
3.5.3	Pauschalvergütung der Arzneimittelabgabe in Pflegeheimen und HMOs	7
3.5.4	Arzneimittelangaben bei zeitweiser Zugehörigkeit zum Versichertenbestand des Risikoausgleichs	7
3.6	Packungsanzahl	8
3.6.1	Plausibilisierung und Korrektur der Packungsanzahl	8
3.6.2	Kapitel entfällt	8
3.6.3	Packungsanzahl bei zeitweiser Zugehörigkeit zum Versichertenbestand des Risikoausgleichs	8
3.6.4	Regress	8
3.7	Versicherungsmonate	9
3.7.1	Angebrochene Versicherungsmonate	9
3.7.2	Versicherungsmonate von Militärdienst leistenden Versicherten	10
3.8	Kosten	10
3.8.1	Pauschalen bei Arzneimittelabgabe in Pflegeheimen	11
3.8.2	Kosten Grosspackungen	11
3.8.3	Kosten von Gruppenpraxis- und HMO-Versicherten	11
3.8.4	Pauschalzahlungen in den Lebendspende-Nachsorgefonds	12
3.8.5	SARS-CoV-2	12
3.8.6	Regress	12
3.9	Kostenbeteiligung	12
3.9.1	Pauschalen für Franchise und Selbstbehalt	13
3.9.2	Regress	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	14
4.3	Beispiel einer Importdatei	15
5.	Kontaktpersonen	16

Anhang	17
1. Beispiele für die Berücksichtigung von Spital- und Pflegeheimaufenthalten.....	17
1.1 Aufenthalte ohne Jahreswechsel	17
1.2 Aufenthalt mit Jahreswechsel	23
2. Beispiele zur Berücksichtigung von Aufenthalten und Arzneimittel bei zeitweiser Zugehörigkeit zum Versichertenbestand des Risikoausgleichs	25
3. Beispiele für die Plausibilisierung und Korrektur der Packungsanzahl.....	26

1. Grundsätzliches

1.1 Geltungsbereich

Der Risikoausgleich 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 sind Individualdaten zu liefern. Für jede versicherte Person 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) oder kassenpflichtig gemäss der Liste der gestrichenen Packungen (Quelle: Webseite der SL) nach Art. 68a Abs. 1 Bst. a KVV war und dessen Kosten von der OKP übernommen wird
- Anzahl Packungen pro Arzneimittel, welches im Zeitpunkt der Abgabe auf der SL oder kassenpflichtig gemäss der Liste der gestrichenen Packungen war und dessen Kosten von der OKP übernommen wird
- Versicherungsmonate
- **Bruttokosten abzüglich Rückerstattungen, die von Inhaberinnen von Zulassungen für Arzneimittel geleistet wurden**
- Kostenbeteiligung

Für den Risikoausgleich 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 sind im Jahr 2025 die Daten der Jahre 2023 und 2024 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 2023 und 2024
im Jahr 2025 ist somit der Datenstand am 28. Februar 2025**

2. Zu berücksichtigende Versicherte

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

Versichertenkategorie	Berücksichtigung
Versicherte mit Wohnort in der Schweiz ¹	Ja
<u>Ausnahmen:</u> <ul style="list-style-type: none"> 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 ³ (Art. 9 Abs. 2 Bst. e VORA) 	Nein
Versicherte mit temporärem Wohnort im Ausland: Entsandte Arbeitnehmende (Art. 4 KVV) ² und Personen im öffentl. Dienst mit Aufenthalt im Ausland (Art. 5 KVV) ²	
<ul style="list-style-type: none"> Zivilrechtlicher Wohnsitz in der Schweiz (Erhebung einer "CH-Prämie") 	Ja
<ul style="list-style-type: none"> Zivilrechtlicher Wohnsitz im Ausland (Erhebung einer EU-/EFTA-UK-Prämie oder einer anderen "Nicht-CH-Prämie") 	Nein
Versicherte mit Wohnort in einem EU-/EFTA-Staat oder in UK	
<ul style="list-style-type: none"> Arbeitsort in der Schweiz (Grenzgänger) ³ 	Nein
<ul style="list-style-type: none"> Empfänger der Leistung einer schweizerischen Arbeitslosenversicherung ³ 	Nein
<ul style="list-style-type: none"> Empfänger einer schweizerischen Rente ³ 	Nein
<ul style="list-style-type: none"> Nicht erwerbstätige Familienangehörige von in der Schweiz wohnenden und erwerbstätigen Personen 	Nein
<ul style="list-style-type: none"> Rheinschiffer ³ (Art. 9 Abs. 2 Bst. e VORA) 	Nein
<ul style="list-style-type: none"> Wohnort in Enklaven Büsingen (D) und Campione d'Italia (I) 	Nein

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

² Sowie die sie begleitenden Familienangehörigen

³ 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 Prämiengutschrift.

3. Inhalt der zu liefernden Daten

3.1 AHV-Nummer

Für jede versicherte Person 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:

BAG-Nummer				Versicherten-Nummer								
0	0	4	5	1	8	3	7	A	8	7	1	...

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 jede versicherte Person ist das Geburtsjahr sowie das Geschlecht anzugeben. Diese Angaben dienen der Risikogruppenzuordnung der einzelnen Versicherten.

Hat eine versicherte Person ihr 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 die versicherte Person im für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr gewohnt hat.

3.4 Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim

Bei jeder versicherten Person ist anzugeben, ob sie 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 die versicherte Person einen oder mehrere Aufenthalte von mindestens drei aufeinanderfolgenden Nächten im massgebenden Kalenderjahr aufweist.

Für die Zuteilung der stationären Aufenthalte auf die Kalenderjahre ist das Behandlungsdatum massgebend. In Bezug auf die Zuteilung von über den Jahreswechsel andauernden Aufenthalte sind die Bestimmungen in Kapitel 3.4.3 zu beachten. Siehe dazu auch Beispiele in Ziff. 1.2 im Anhang.

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 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 - 33. 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 dazu auch Beispiel 1.1.12 im Anhang.

3.4.2 Stationäre Aufenthalte im Ausland im Rahmen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit

Stationäre Aufenthalte im Ausland sind in der Datenlieferung nicht zu berücksichtigen (siehe dazu die Beispiele 1.1.16 ff. im Anhang). Davon ausgenommen sind jedoch die stationären Aufenthalte im Ausland im Rahmen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit gemäss Art. 36a KVV: Diese Aufenthalte sind im Risikoausgleich zu berücksichtigen.

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 dazu auch Beispiele 1.2 im Anhang.

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. Hält sich die Versicherte für die Entbindung in einem (Frauen-)Spital auf und wird sie ohne Unterbruch in eine andere Abteilung oder eine andere Klinik verlegt, dauert dieser Folgeaufenthalt mindestens drei aufeinanderfolgende Nächte und wird er aus der OKP finanziert, dann kann er in der Datenerhebung berücksichtigt werden.

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 12.0 (Abrechnungsversion 2023) sowie SwissDRG-Version 13.0 (Abrechnungsversion 2024) lauten die DRG-Codes, die bei Aufenthalten infolge Mutterschaft mit Entbindung sowie Aufenthalten von gesunden Neugeborenen verwendet werden können, wie folgt (siehe dazu auch Beispiele 1.1.10 und 1.1.11 im Anhang):

DRG-Codes für Aufenthalte infolge Mutterschaft mit Entbindung sowie für Aufenthalte von gesunden Neugeborenen							
Daten 2023				Daten 2024			
O01A	O02A	O60A	P66D	O01A	O02A	O60A	P66D
O01B	O02B	O60B	P67D	O01B	O02B	O60B	P67D
O01C		O60C		O01C		O60C	
O01D		O60D		O01D		O60D	
O01E				O01E			
O01F				O01F			
O01G				O01G			

Aufenthalte, die trotz Angabe eines oben aufgeführten DRG-Codes nachweislich ohne Entbindung erfolgten, sind in der Datenlieferung zu berücksichtigen.

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. **Wurde ein Teil der Kosten des Spital- oder Pflegeheimaufenthalts aus der OKP finanziert und dauerte der Aufenthalt mehr als drei aufeinanderfolgende Nächte, muss er in der Datenlieferung berücksichtigt werden.**

Siehe dazu auch Beispiel 1.1.6 im Anhang.

3.4.6 Spital- oder Pflegeheimaufenthalte infolge Unfalls

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.

Siehe dazu auch Beispiele 1.1.7 ff. im Anhang.

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.

3.4.9 Aufenthalt bei zeitweiser Zugehörigkeit zum Versichertenbestand des Risikoausgleichs

Wenn eine versicherte Person dem Versichertenbestand des Risikoausgleichs (gemäss Kapitel 2) **nicht ganzjährig angehörte**, so sind für das massgebende Kalenderjahr alle bekannten Spitalaufenthalte zur Bestimmung des Aufenthaltsstatus einzubeziehen,

- die den Bedingungen von Kapitel 3.4 entsprechen,
- auch wenn die Person zum Zeitpunkt des Aufenthalts nicht dem Versichertenbestand des Risikoausgleichs angehörte.

Siehe dazu auch die Beispiele in Anhang Ziff. 2.

3.4.10 Regresse

Ein Spitalaufenthalt, der dem Versicherer vollständig durch eine Drittpartei erstattet wurde (vollständiger Regress), ist im Risikoausgleich nicht zu berücksichtigen.

Ein Spitalaufenthalt, der dem Versicherer teilweise durch eine Drittpartei erstattet wurde (teilweiser Regress), ist im Risikoausgleich mit der Anzahl der Aufenthaltsnächte der Gesamtleistung (vor Regress) zu berücksichtigen.

Ein Spitalaufenthalt, den der Versicherer einer anderen Partei erstattet, ist im Risikoausgleich mit der Anzahl der Aufenthaltsnächte der Gesamtleistung (vor Regress) zu berücksichtigen, sofern diese Informationen vorliegen.

Ein Regress muss einem der für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahre zugeordnet werden können. Ein Regress darf über kein anderes Kalenderjahr als über die beiden für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahre in den Risikoausgleich einfließen. Siehe dazu auch die Beispiele 1.1.13 ff. im Anhang.

3.5 Arzneimittel

In der Datenlieferung ist ein Arzneimittel über den im Abgabezeitpunkt gültigen GTIN-Code eindeutig identifiziert. Es sind für die Datenlieferung für jede versicherte Person sämtliche Arzneimittel anzugeben, für welche jeweils folgende vier Bedingungen erfüllt sind:

- Die Arzneimittel wurden im für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr an die versicherte Person abgegeben;
- Die Arzneimittel waren im für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr im Abgabezeitpunkt auf der SL gelistet **ODER** die Arzneimittel waren im für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr im Abgabezeitpunkt kassenpflichtig gemäss der Liste der gestrichenen Packungen (Quelle: Webseite der SL) nach Art. 68a Abs. 1 Bst. a KVV;
- Die Kosten der Arzneimittel wurden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen;
- Die Arzneimittel sind nicht in einer Pauschale nach Artikel 49 Absatz 1 KVG enthalten.

Sämtliche Angaben in der Datenlieferung müssen das gleiche Kalenderjahr betreffen, so auch die Angaben betreffend Arzneimittel. Bsp.: Bei der Lieferung der Daten 2023 für den Risikoausgleich sind die im Kalenderjahr 2023 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 die versicherte Person im Zeitpunkt der Abgabe wohnte.

In der Datenlieferung sind die Arzneimittel mit dem GTIN-Code anzugeben. Die Angabe des Pharmacodes ist nicht mehr zulässig (Art. 32 Abs. 3 VORA). Die Formatierung der CSV-Datei für den Upload darf nicht geändert werden und muss weiterhin die Spalte PharmaCode umfassen, allerdings darf Spalte PharmaCode nur leere Einträge enthalten (siehe Kapitel 4.2).

3.5.1 Im Ausland gekaufte Arzneimittel

Infolge der aktuellen Situation mit Lieferengpässen und Versorgungslücken für verschiedene Arzneimittel der SL können unter bestimmten Voraussetzungen im Ausland verfügbare Arzneimittel bezogen und durch die OKP vergütet werden (vgl. Rundschreiben des BAG vom 2.7.2024). Für die Berücksichtigung im Risikoausgleich gelten die vier Bedingungen aus Kapitel 3.5.

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 und HMOs

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

3.5.4 Arzneimittelangaben bei zeitweiser Zugehörigkeit zum Versichertenbestand des Risikoausgleichs

Wenn eine versicherte Person dem Versichertenbestand des Risikoausgleichs (gemäss Kapitel 2) **nicht ganzjährig angehörte**, so sind für das massgebende Kalenderjahr alle bekannten abgegebenen Arzneimittel in der Datenlieferung des Risikoausgleichs anzugeben,

- die den Bedingungen von Kapitel 3.5 entsprechen,
- auch wenn die Person zum Zeitpunkt der Abgabe nicht dem Versichertenbestand des Risikoausgleichs angehörte.

Siehe dazu auch die Beispiele in Anhang Ziff. 2.

3.6 Packungsanzahl

Für jedes Arzneimittel, das die Bedingungen aus Kapitel 3.5 erfüllt, ist die Anzahl der an die versicherte Person 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:

- 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. Hinweis: Für eine korrekte Berechnung der Packungsplausibilisierung darf der eingehende Betrag keinen Rabatt enthalten. In Fällen von Rabattierung muss daher zunächst der Rabatt aus dem in Rechnung gestellten Betrag herausgerechnet werden. Siehe dazu das Zahlenbeispiel in Anhang Ziff. 3.
- Es ist nun wie folgt vorzugehen (siehe dazu auch die Beispiele in Anhang Ziff. 3):

Folgende Bedingung ist erfüllt:	Vorgehen:
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.

3.6.2 Kapitel entfällt

3.6.3 Packungsanzahl bei zeitweiser Zugehörigkeit zum Versichertenbestand des Risikoausgleichs

Wenn eine versicherte Person dem Versichertenbestand des Risikoausgleichs (gemäss Kapitel 2) **nicht ganzjährig angehörte**, so sind für das massgebende Kalenderjahr alle bekannten abgegebenen Arzneimittelpackungen in der Datenlieferung des Risikoausgleichs anzugeben

- die den Bedingungen von Kapitel 3.6 entsprechen,
- auch wenn die Person zum Zeitpunkt der Abgabe nicht dem Versichertenbestand des Risikoausgleichs angehörte.

Siehe dazu auch die Beispiele in Anhang Ziff. 2.

3.6.4 Regresse

Eine Arzneimittelabgabe, die dem Versicherer vollständig durch eine Drittpartei erstattet wurde, ist im Risikoausgleich nicht zu berücksichtigen.

Eine Arzneimittelabgabe, die dem Versicherer teilweise durch eine Drittpartei erstattet wurde, ist im Risikoausgleich mit der Packungsanzahl der Gesamtleistung (vor Regress) zu berücksichtigen.

Eine Arzneimittelabgabe, die der Versicherer einer anderen Partei erstattet, ist im Risikoausgleich mit der Packungsanzahl der Gesamtleistung (vor Regress) zu berücksichtigen, sofern diese Informationen vorliegen.

Ein Regress muss einem der für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahre zugeordnet werden können. Ein Regress darf über kein anderes Kalenderjahr als über die beiden für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahre in den Risikoausgleich einfließen.

Siehe dazu analog auch die Beispiele 1.1.13 ff. im Anhang zu Aufenthalten.

3.7 Versicherungsmonate

Für jede versicherte Person ist die Anzahl der Versicherungsmonate anzugeben, während denen sie in dem für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert 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 eine versicherte Person ihren Wohnkanton per Beginn eines Monats, so sind die Versicherungsmonate nach ganzen Monaten anteilmässig auf die beiden Kantone aufzuteilen.

Wechselt eine versicherte Person ihren Wohnkanton innerhalb eines Monats, so ist der entsprechende Monat Tag genau auf die beiden Kantone aufzuteilen und in Versicherungsmonate umzurechnen (z.B. 8 Tg. = 0,266 Mt.). Die restlichen Monate des Kalenderjahres sind anteilmässig auf die beiden Kantone aufzuteilen.

Wechselt eine versicherte Person ihren Wohnsitz in die EU/EFTA/UK und bleibt in der Schweiz versicherungspflichtig, sind nur die Monate in der Schweiz zu berücksichtigen (siehe dazu auch die Tabelle in Kapitel 2).

Gemäss Art. 6 Abs. 4 VORA sind in der Datenlieferung die bis Ende Februar erfassten Änderungen 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 jede versicherte Person wird die Zahl der Tage mit Versicherungsdeckung in den angebrochenen Kalendermonaten durch 30 dividiert. Anschliessend wird pro versicherte Person die Gesamtzahl der Monate

ermittelt. Die Gesamtzahl der Monate pro versicherte Person 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	Zu berücksichtigende Anzahl Monate
Versicherter A	1.01. – 31.12.2023	12	0	0.000	12.00
Versicherte B	1.01. – 15.02.2023	1	15	0.500 (15/30)	1.50
Versicherter C	1.01. – 28.04.2023	3	28	0.933 (28/30)	3.93
Versicherte E	1.02. – 13.08.2023	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	Zu berücksichtigende Anzahl Monate
Versicherter A	1.01. – 31.12.2023	12	0	0.000	12.00
Versicherte B	1.01. – 15.02.2023	1	15	0.535 (15/28)	1.54
Versicherter C	1.01. – 28.04.2023	3	28	0.933 (28/30)	3.93
Versicherte E	1.02. – 13.08.2023	6	13	0.419 (13/31)	6.42

Achtung: BGE 142 V 87 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 jede versicherte Person 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 angedauert, sind die Kosten exakt auf die betroffenen Kalenderjahre aufzuteilen (d.h. pro rata temporis).

Hat die versicherte Person während der Dauer der Behandlung den 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.

Die Bruttokosten sind gemäss Art. 6 Abs. 1 Bst. h VORA (Stand am 1. Januar 2025) abzüglich der Rück-erstattungen, die Inhaberinnen von Zulassungen für Arzneimittel geleistet haben, zu liefern.

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 Grosspackungen

Gemäss dem Rundschreiben des BAG vom 25. Februar 2022 durften Grosspackungen, die zu Kosteneinsparungen gegenüber Kleinpackungen führen, bis zum **01. Juli 2023** zu Lasten der OKP vergütet werden, auch wenn sie nicht auf der SL gelistet waren. Inzwischen wurde ein Grossteil dieser Grosspackungen in die SL aufgenommen oder die betroffenen Arzneimittel werden im stationären Bereich eingesetzt. Die Ausnahme gilt definitiv bis 1. Juli 2023. Somit dürfen die Kosten von Grosspackungen, die nach dem 1. Juli 2023 nicht auf der SL gelistet sind, in den Datenlieferungen nicht berücksichtigt werden.

3.8.3 Kosten von Gruppenpraxis- und HMO-Versicherten

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

Einzelne Versicherer bezahlen jedoch den Betreibern von Gruppenpraxen und HMO-Zentren für ihre Gruppenpraxis- und 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 Gruppenpraxis- und 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 der Gruppenpraxis oder des HMO-Zentrums, nicht enthalten sein. Davon ausgenommen sind die Verwaltungskosten zur Führung des Arztpraxisteils in einer Gruppenpraxis oder 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 in einer Gruppenpraxis, 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 Art. 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

Sämtliche vom Bund übernommenen Kosten im Zusammenhang mit Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus sind in den Datenlieferungen für den Risikoausgleich **nicht zu berücksichtigen**.

3.8.6 Regress

Bei Regressen ist folgendes zu beachten: Sämtliche Kosten, die nicht von der OKP finanziert wurden, sind nicht zu berücksichtigen.

Ein Regress muss einem der für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahre zugeordnet werden können. Ein Regress darf über kein anderes Kalenderjahr als über die beiden für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahre in den Risikoausgleich einfließen.

3.9 Kostenbeteiligung

Für jede versicherte Person muss die von ihr 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 die versicherte Person während der Dauer der Behandlung den Wohnkanton gewechselt, so ist die ganze Kostenbeteiligung für die Behandlung dem Wohnkanton im Zeitpunkt des **Behandlungsbegins** 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.

3.9.2 Regress

Bei Regressen ist folgendes zu beachten: Kostenbeteiligungen, die auf OKP-finanzierte Leistungen bezogen sind, sind zu berücksichtigen.

Ein Regress muss einem der für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahre zugeordnet werden können. Ein Regress darf über kein anderes Kalenderjahr als über die beiden für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahre in den Risikoausgleich einfließen.

4. Technische Vorgaben für die Datenlieferung

4.1 Struktur der zu liefernden Daten

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

Wechselt die versicherte Person 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 und Packungsanzahl) werden dagegen für jeden Kanton identisch aufgeführt.

Wechselt die versicherte Person im massgebenden Kalenderjahr beispielsweise einmal den Wohnkanton und sind ihr im entsprechenden Jahr drei Arzneimittel abgegeben worden, so resultieren für sie sechs Datensätze.

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

- Alle Versicherten weisen im Jahr 2023 keinen Wechsel des Wohnkantons auf.
- An alle Versicherte wurde im Jahr 2023 ein oder kein Arzneimittel abgegeben.

BAG-Nr.	Jahr	AHV-Nr.	Kanton	Geburtsjahr	Geschlecht	Aufenthalt	GTIN	Pharmacode	Packungen	Monate	Kosten	Kostenbeteiligung
53	2023	7569854149658	ZH	1972	F	J	1258325671147		0.15	12.00	15'487.50	562.50
53	2023	7567196529746	GL	2001	M	N	2587463928732		6.00	12.00	1'524.30	451.30
53	2023	7567036587016	FR	1978	F	J				6.00	568.00	300.00
53	2023	7562157865129	BE	1944	M	N	5483571226580		13.00	12.00	0.00	0.00

Für jede versicherte Person ergibt sich ein Datensatz.

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

- Ein Versicherter (AHV-Nr. 7567196529746) hat im Jahr 2023 den Wohnkanton gewechselt.
- An alle Versicherten wurde im Jahr 2023 ein oder kein Arzneimittel abgegeben.

BAG-Nr.	Jahr	AHV-Nr.	Kanton	Geburts-jahr	Geschlecht	Aufenthalt	GTIN	Pharmacode	Packungen	Monate	Kosten	Kosten-beteiligung
53	2023	7569854149658	ZH	1972	F	J	1258325671147		0.15	12.00	15'487.50	562.50
53	2023	7567196529746	GL	2001	M	N	2587463928732		6.00	8.00	753.00	399.00
53	2023	7567196529746	SZ	2001	M	N	2587463928732		6.00	4.00	771.30	52.30
53	2023	7567036587016	FR	1978	F	J				6.00	568.00	300.00
53	2023	7562157865129	BE	1944	M	N	5483571226580		13.00	12.00	0.00	0.00

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

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

- Ein Versicherter (AHV-Nr. 7567196529746) hat im Jahr 2023 den Wohnkanton gewechselt und zwei Arzneimittel bezogen.
- Alle anderen Versicherten haben im Jahr 2023 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	2023	7569854149658	ZH	1972	F	J	1258325671147		0.15	12.00	15'487.50	562.50
53	2023	7567196529746	GL	2001	M	N	2587463928732		6.00	8.00	753.00	399.00
53	2023	7567196529746	GL	2001	M	N	2155903657123		12.00	8.00	753.00	399.00
53	2023	7567196529746	SZ	2001	M	N	2587463928732		6.00	4.00	771.30	52.30
53	2023	7567196529746	SZ	2001	M	N	2155903657123		12.00	4.00	771.30	52.30
53	2023	7567036587016	FR	1978	F	J				6.00	568.00	300.00
53	2023	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

- Die Datei muss das CSV-Format aufweisen (Comma Separated Values), wobei der Separator zwischen den einzelnen Spaltenwerten ein Semikolon (;) sein muss.
- Der verwendete Zeichensatz muss ANSI sein. ANSI bezieht sich in diesem Kontext auf «Windows Code Page 1252» (auch cp1252).
- Die erste Zeile muss aus folgender Kopfzeile bestehen: BAG-Nr.;Jahr;AHV-Nummer;Kanton;Geburtsjahr;Geschlecht;Aufenthalt;GTIN;PharmaCode;Packungen;Monate;Kosten;Kostenbeteiligung
- 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 Versicherter und Kalenderjahr).
- Die Datei darf keine Leerzeilen enthalten.
- Bei Zahlen sind Tausender-Trennzeichen wie Hochkomma oder Leerzeichen nicht erlaubt.

- Alle Spalten müssen ausgefüllt sein, ausser Spalten GTIN, PharmaCode und Packungen. Spalten GTIN und Packungen müssen leere Einträge enthalten, wenn kein Arzneimittel abgegeben wurde. Spalte PharmaCode darf nur leere Einträge enthalten.
- GTIN muss 13 Stellen umfassen.
- GTIN muss rein numerisch sein.
- Wenn Spalte GTIN ausgefüllt ist, so muss auch die Anzahl der Packungen angegeben sein und umgekehrt.
- Leere Einträge dürfen keinerlei Zeichen zwischen den spaltentrennenden Semikolons enthalten. Die Zahl 0 gilt nicht als leerer Eintrag.
- Pro versicherte Person sind mehrere Zeilen möglich.
- 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		Darf nur leere Einträge enthalten.
10	Packungen	Decimal	Da die Leistungserbringer nicht immer ganze Packungen abgeben (z.B. Abgabe einzelner Tabletten), ist die Packungsanzahl mit zwei Kommastellen anzugeben (kaufmännisch gerundet). Als Dezimaltrennzeichen sind Punkt oder Komma erlaubt.
11	Monate	Decimal	Die angebrochenen Versicherungsmonate bei Beginn und Ende der Versicherungsdeckung sind in der Datenlieferung taggenau zu berücksichtigen (siehe Kapitel 3.7.1). Die Versicherungsmonate sind deshalb mit zwei Kommastellen anzugeben (kaufmännisch gerundet). Als Dezimaltrennzeichen sind Punkt oder Komma erlaubt.
12	Kosten	Decimal	Angegeben werden müssen die Kosten vor Abzug der Kostenbeteiligung (d.h. die Bruttokosten). Jeweils in Franken mit zwei Kommastellen anzugeben (kaufmännisch gerundet). Als Dezimaltrennzeichen sind Punkt oder Komma erlaubt.
13	Kostenbeteiligung	Decimal	Jeweils in Franken mit zwei Kommastellen anzugeben (kaufmännisch gerundet). Als Dezimaltrennzeichen sind Punkt oder Komma erlaubt.

4.3 Beispiel einer Importdatei

Die vom Versicherer zu erstellende Schnittstellendatei muss im CSV-Format vorliegen. Die Datei sieht beispielsweise wie folgt aus (F = Frau / M = Mann / J = Ja / N = Nein):

BAG-Nr;Jahr;AHV-Nummer;Kanton;Geburtsjahr;Geschlecht;Aufenthalt;GTIN;PharmaCode;Packun-
gen;Monate;Kosten;Kostenbeteiligung

1234;2023;7565689021507;AG;1979;M;N;7680003730116;;11.00;12.00;6987.50;564.25

1234;2023;7562546871269;JU;1945;F;J;7680003730116;;8.33;8.48;456.85;332.30

1234;2023;7562546871269;JU;1945;F;J;7683654125715;;6.00;8.48;456.85;332.30

1234;2023;7569624736404;BE;2005;F;J;7680003730116;;3.00;8.00;745.10;451.60

1234;2023;7569624736404;SO;2005;F;J;7680003730116;;3.00;4.00;1026.85;903.35

usw.

5. Kontaktpersonen

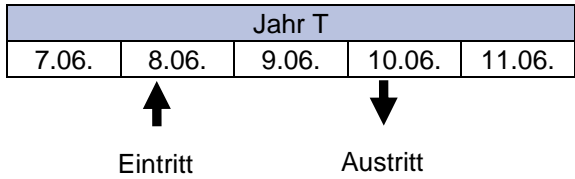
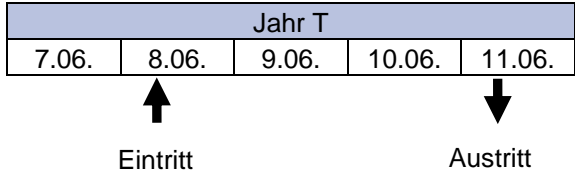
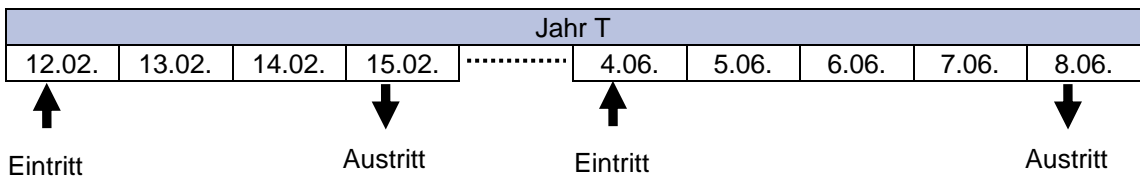
Für die Versicherer stehen folgende Ansprechpersonen zur Verfügung:

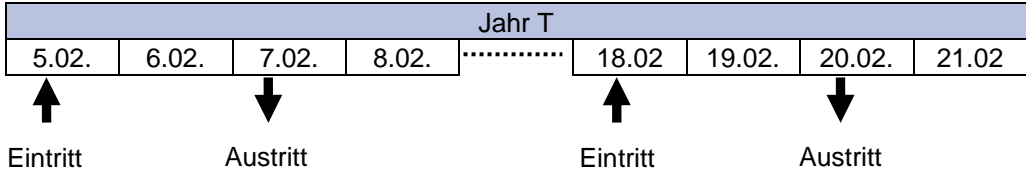
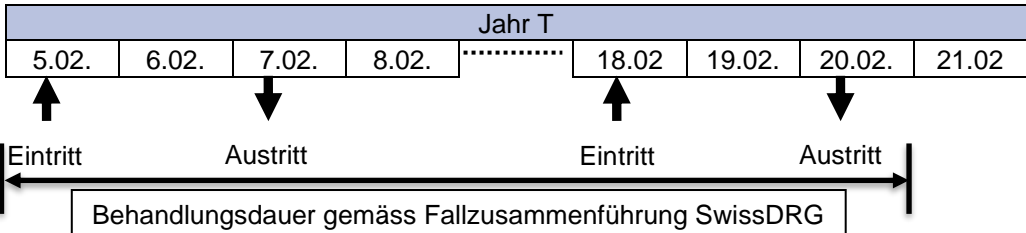
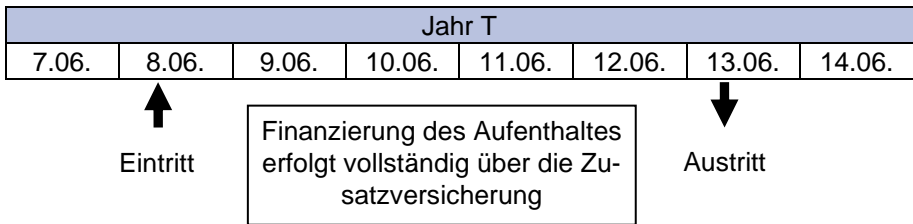
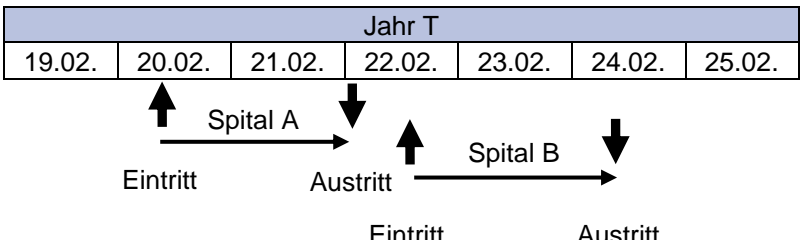
Person	Funktion	Kontakt
Magnus Vieten	Leiter Risikoausgleich	032 625 30 64 magnus.vieten@kvg.org
Thomas Caspar Fischer	MA Risikoausgleich	032 625 30 63 thomas.fischer@kvg.org

Anhang

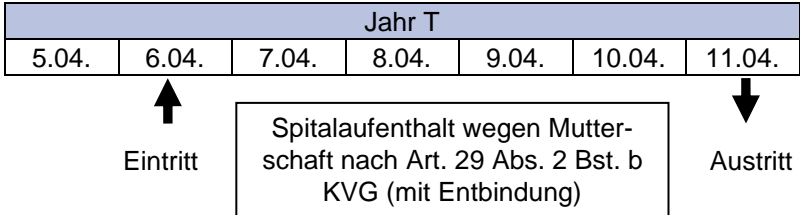
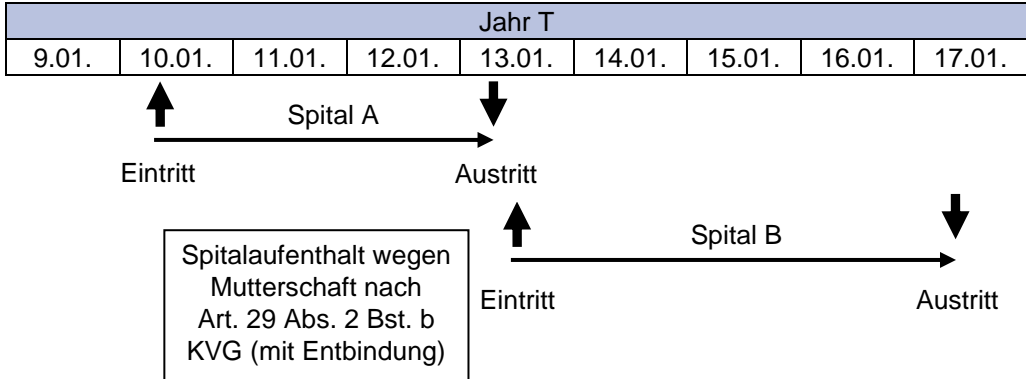
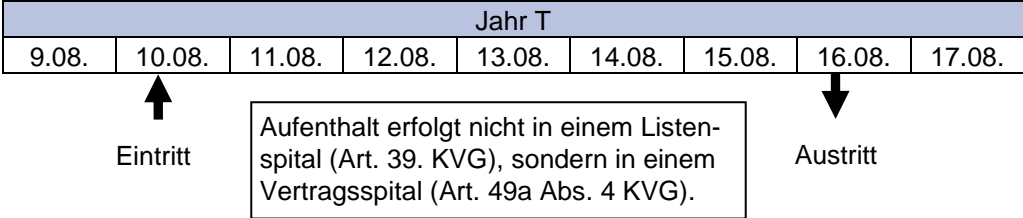
1. Beispiele für die Berücksichtigung von Spital- und Pflegeheimaufenthalten

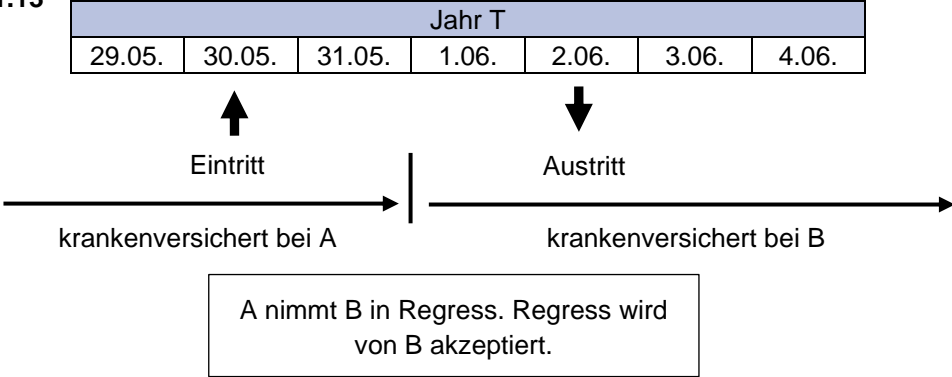
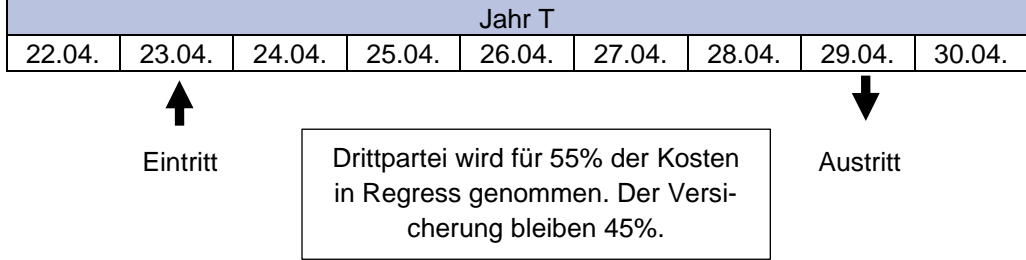
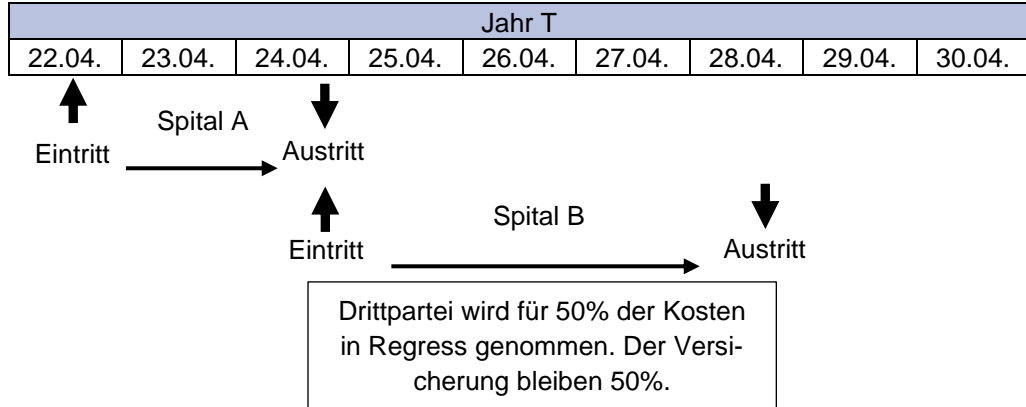
1.1 Aufenthalte ohne Jahreswechsel

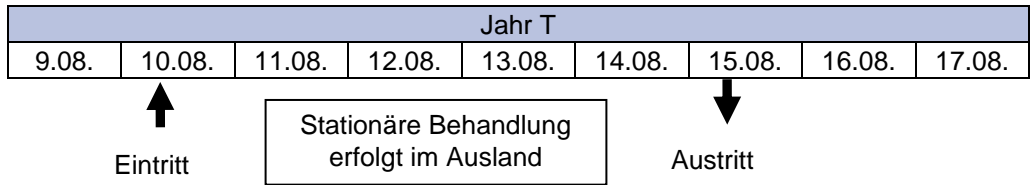
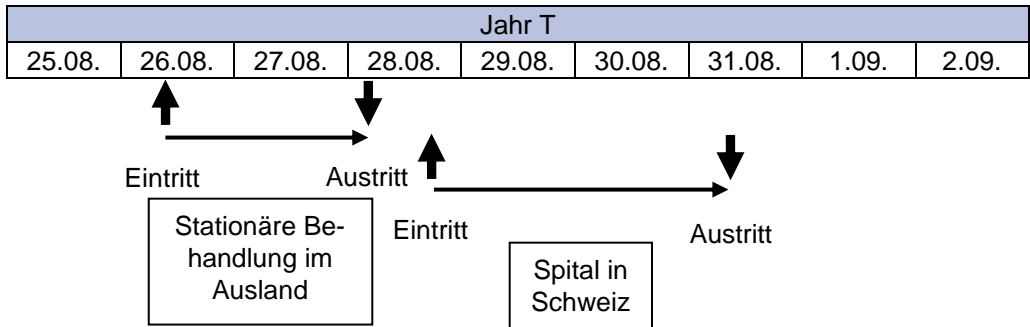
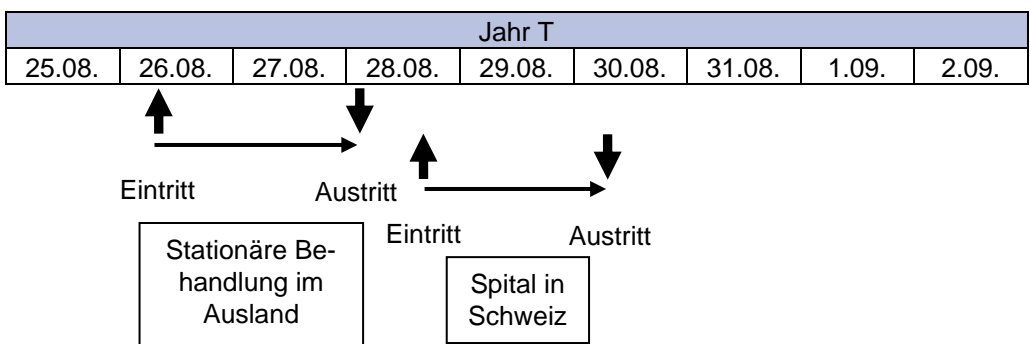
Situation	Regelung
<p>1.1.1</p> 	<p>Nicht zu berücksichtiger Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Der Aufenthalt dauert weniger als drei aufeinanderfolgende Nächte.</p>
<p>1.1.2</p> 	<p>Zu berücksichtiger Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Der Aufenthalt dauert drei aufeinanderfolgende Nächte.</p>
<p>1.1.3</p> 	<p>Zu berücksichtiger Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Die versicherte Person ist im Jahr T zweimal im Spital. Beide Spitalaufenthalte dauern jeweils drei oder mehr aufeinanderfolgende Nächte. Ob die versicherte Person einen oder mehrere Aufenthalte aufweist, spielt keine Rolle. Bei der Berechnung ist für die Einteilung der versicherten Person in eine Risikogruppe lediglich entscheidend, ob sie im Jahr T einen Aufenthalt mit mindestens drei aufeinanderfolgenden Nächten aufweist.</p>

Situation	Regelung
<p>1.1.4</p>  <p>Jahr T</p> <p>5.02. 6.02. 7.02. 8.02. 18.02. 19.02. 20.02. 21.02.</p> <p>Eintritt Austritt Eintritt Austritt</p>	<p>Nicht zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p>Begründung: Die versicherte Person ist im Jahr T zweimal im Spital. Beide Aufenthalte sind jedoch kürzer als drei aufeinanderfolgende Nächte.</p>
<p>1.1.5</p>  <p>Jahr T</p> <p>5.02. 6.02. 7.02. 8.02. 18.02. 19.02. 20.02. 21.02.</p> <p>Eintritt Austritt Eintritt Austritt</p> <p>Behandlungsdauer gemäss Fallzusammenführung SwissDRG</p>	<p>Nicht zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p>Begründung: Entspricht Situation 1.1.4. Beide Aufenthalte sind kürzer als drei aufeinanderfolgende Nächte.</p> <p>Der Behandlungszeitraum gemäss SwissDRG-Fallzusammenführung darf nicht zur Bestimmung des Aufenthaltsstatus eines Versicherten herangezogen werden.</p>
<p>1.1.6</p>  <p>Jahr T</p> <p>7.06. 8.06. 9.06. 10.06. 11.06. 12.06. 13.06. 14.06.</p> <p>Eintritt Austritt</p> <p>Finanzierung des Aufenthaltes erfolgt vollständig über die Zusatzversicherung</p>	<p>Nicht zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p>Begründung: Spital- oder Pflegeheimaufenthalte werden nur berücksichtigt, wenn sie ganz oder teilweise über die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert werden (Art. 3 Abs. 2 VORA).</p>
<p>1.1.7</p>  <p>Jahr T</p> <p>19.02. 20.02. 21.02. 22.02. 23.02. 24.02. 25.02.</p> <p>Eintritt Austritt Eintritt Austritt</p> <p>Spital A Spital B</p>	<p>Zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p>Begründung: Bei einer Spitalverlegung am gleichen Tag gilt der Aufenthalt als ununterbrochen. Der Aufenthalt dauert somit vier aufeinanderfolgende Nächte.</p>

Situation	Regelung									
<p>1.1.8</p> <p>Jahr T</p> <table border="1"> <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>↑ Spital A ↓ Eintritt Austritt</p> <p>↑ Spital A ↓ 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 ist der Aufenthalt unterbrochen. Gemäss Art. 3 Abs. 1 VORA muss ein Aufenthalt für die Berücksichtigung im Risikoausgleich mindestens drei aufeinanderfolgende Nächte 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>1.1.9</p> <p>Jahr T</p> <table border="1"> <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>↑ Spital A ↓ Eintritt Austritt</p> <p>Aufenthalt finanziert durch OKP</p> <p>↑ Spital B ↓ Eintritt Austritt</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 1.1.7). Weil der Aufenthalt im Spital B jedoch vollständig aus der Zusatzversicherung vergütet wird, darf er nicht berücksichtigt werden. Denn Zusatzversicherungsleistungen dürfen grundsätzlich keinen Einfluss auf den Risikoausgleich haben.</p> <p>Würde hingegen der Aufenthalt im Spital B teilweise aus der OKP vergütet, könnte er berücksichtigt werden (vgl. Leitfaden Kap. 3.4.5). Der verknüpfte Aufenthalt von drei aufeinanderfolgenden Nächten wäre im RA zu berücksichtigen.</p>
25.08.	26.08.	27.08.	28.08.	29.08.	30.08.	31.08.	1.09.	2.09.		

Situation	Regelung
<p>1.1.10</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>1.1.11</p> 	<p>Zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Bei einer Spitalverlegung am gleichen Tag gilt der Aufenthalt als ununterbrochen (vgl. Beispiel 1.1.7). Der Aufenthalt im Spital A ist gemäss Art. 3 Abs. 3 VORA in der Datenlieferung nicht zu berücksichtigen. Der restliche Aufenthalt im Spital B dauert vier aufeinanderfolgende Nächte. Er kann somit berücksichtigt werden.</p> <p>Änderung der bisherigen Praxis</p>
<p>1.1.12</p> 	<p>Zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Nach Art. 3 Abs. 2 Bst. b VORA sind auch Aufenthalte in einem Vertragsspital zu berücksichtigen. Der Aufenthalt dauert sechs aufeinanderfolgende Nächte.</p>

Situation	Regelung
<p>1.1.13</p>  <p>Jahr T 29.05. 30.05. 31.05. 1.06. 2.06. 3.06. 4.06.</p> <p>↑ Eintritt ↓ Austritt</p> <p>← krankenversichert bei A krankenversichert bei B →</p> <p>A nimmt B in Regress. Regress wird von B akzeptiert.</p>	<p>Zu berücksichtigender Aufenthalt für Versicherer A. Zu berücksichtigender Aufenthalt für Versicherer B.</p> <p><u>Begründung:</u> Versicherer A übernimmt zuerst die gesamten Kosten der stationären Leistung und nimmt danach Versicherer B in Regress. Der Regress wird von B akzeptiert. Der gesamte Spitalaufenthalt dauert drei aufeinanderfolgende Nächte und ist vollständig aus der OKP finanziert. Es ist unerheblich, ob ein oder beide Versicherer den Aufenthalt berücksichtigen.</p>
<p>1.1.14</p>  <p>Jahr T 22.04. 23.04. 24.04. 25.04. 26.04. 27.04. 28.04. 29.04. 30.04.</p> <p>↑ Eintritt ↓ Austritt</p> <p>Drittpartei wird für 55% der Kosten in Regress genommen. Der Versicherung bleiben 45%.</p>	<p>Zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Aufenthalte mit teilweise Regress sind vollständig zu berücksichtigen, wenn ein Teil der Leistungen von der OKP finanziert wurde.</p> <p>Änderung der bisherigen Praxis</p>
<p>1.1.15</p>  <p>Jahr T 22.04. 23.04. 24.04. 25.04. 26.04. 27.04. 28.04. 29.04. 30.04.</p> <p>↑ Eintritt ↓ Austritt</p> <p>Spital A</p> <p>Spital B</p> <p>Drittpartei wird für 50% der Kosten in Regress genommen. Der Versicherung bleiben 50%.</p>	<p>Zu berücksichtigender Aufenthalt.</p> <p><u>Begründung:</u> Bei einer Spitalverlegung am gleichen Tag gilt der Aufenthalt als ununterbrochen (vgl. Beispiel 1.1.7). Der gesamte ununterbrochene Aufenthalt dauert somit 2 + 4 = 6 Nächte. Aufenthalte mit teilweise Regress sind vollständig zu berücksichtigen, wenn ein Teil der Leistungen von der OKP finanziert wurde.</p> <p>Änderung der bisherigen Praxis</p>

Situation	Regelung
<p>1.1.16</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>Siehe auch unten!</p>
<p>1.1.17</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>Siehe auch unten!</p>
<p>1.1.18</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>Siehe auch unten!</p>

Wichtig: Die stationären Aufenthalte im Ausland im Rahmen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit (Art. 36a KVV) sind im Risikoausgleich zu berücksichtigen (vgl. Leitfaden Kapitel 3.4.2).

1.2 Aufenthalt mit Jahreswechsel

Situation	Regelung																				
<p>1.2.1</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="7">Jahr T</td> <td colspan="3">Jahr T+1</td> </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="text-align: center;">↑ Eintritt</p> <p style="text-align: center;">↓ Austritt</p>	Jahr T							Jahr T+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 T berücksichtigt.</p> <p><u>Begründung:</u> Der Aufenthalt dauert nur im Jahr T mindestens drei aufeinanderfolgende Nächte.</p>
Jahr T							Jahr T+1														
25.12.	26.12.	27.12.	28.12.	29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.												
<p>1.2.2</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="6">Jahr T</td> <td colspan="4">Jahr T+1</td> </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="text-align: center;">↑ Eintritt</p> <p style="text-align: center;">↓ Austritt</p>	Jahr T						Jahr T+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 T						Jahr T+1															
26.12.	27.12.	28.12.	29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	4.01.												
<p>1.2.3</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">Jahr T</td> <td colspan="3">Jahr T+1</td> </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="text-align: center;">↑ Eintritt</p> <p style="text-align: center;">↓ Austritt</p>	Jahr T		Jahr T+1			30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	<p>Der Aufenthalt wird im Jahr T 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 T		Jahr T+1																			
30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.																	
<p>1.2.4</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">Jahr T</td> <td colspan="4">Jahr T+1</td> </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="text-align: center;">↑ Eintritt</p> <p style="text-align: center;">↓ Austritt</p>	Jahr T		Jahr T+1				30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	4.01.	<p>Der Aufenthalt wird im Jahr T+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 T		Jahr T+1																			
30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	4.01.																

Situation	Regelung																
<p>1.2.5</p> <table border="1" data-bbox="257 220 938 292"> <tr> <th colspan="3">Jahr T</th> <th colspan="3">Jahr T+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 data-bbox="257 292 324 343">↑ Eintritt</p> <p data-bbox="817 292 907 343">↓ Austritt</p>	Jahr T			Jahr T+1			29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	<p>Der Aufenthalt wird im Jahr T 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 T			Jahr T+1														
29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.												
<p>1.2.6</p> <table border="1" data-bbox="257 523 938 595"> <tr> <th colspan="3">Jahr T</th> <th colspan="3">Jahr T+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 data-bbox="257 595 324 646">↑ Eintritt</p> <p data-bbox="705 595 795 646">↓ Austritt</p>	Jahr T			Jahr T+1			29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	<p>Der Aufenthalt wird im Jahr T 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 T			Jahr T+1														
29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.												
<p>1.2.7</p> <table border="1" data-bbox="257 807 938 879"> <tr> <th colspan="3">Jahr T</th> <th colspan="3">Jahr T+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 data-bbox="369 879 459 930">↑ Eintritt</p> <p data-bbox="593 879 683 930">↓ Austritt</p>	Jahr T			Jahr T+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 T			Jahr T+1														
29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.												
<p>1.2.8</p> <table border="1" data-bbox="257 1046 1162 1118"> <tr> <th colspan="4">Jahr T</th> <th colspan="4">Jahr T+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> </table> <p data-bbox="257 1118 324 1169">↑ Eintritt</p> <p data-bbox="347 1153 526 1204">→ Spital A</p> <p data-bbox="459 1118 526 1169">↓ Austritt</p> <p data-bbox="526 1169 593 1220">↑ Eintritt</p> <p data-bbox="750 1189 862 1240">→ Spital B</p> <p data-bbox="1041 1169 1108 1220">↓ Austritt</p>	Jahr T				Jahr T+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 T				Jahr T+1													
28.12.	29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	4.01.										

2. Beispiele zur Berücksichtigung von Aufenthalten und Arzneimittel bei zeitweiser Zugehörigkeit zum Versichertenbestand des Risikoausgleichs

Vgl. dazu Leitfaden Kapitel 3.4.9, 3.5.4 und 3.6.3.

Dossier

Versicherte Person 7560000000001		Versicherte Person 7560000000002	
Versichertenkategorie 01.01.2023 - 31.05.2023: Vorläufig aufgenommenener Flüchtling 01.06.2023 - 31.12.2023: Anerkannter Flüchtling		Versichertenkategorie 01.01.2023 - 31.03.2023: "CH-Prämie" 01.04.2023 - 31.12.2023: "Nicht-CH-Prämie" (zivilrechtl. Wohnsitz im Ausland)	
Spitalaufenthalt 09.02.2023 - 15.02.2023		Spitalaufenthalt 03.01.2023 - 05.01.2023	
Arzneimittel 7680000000001 7680000000002 7680000000003 7680000000003	2 Packungen 14.02.2023 1 Packung 01.10.2023 1 Packung 10.04.2023 1 Packung 07.11.2023	Arzneimittel 7680000000001 7680000000001 7680000000002	1 Packung 10.03.2023 2 Packung 23.06.2023 1 Packung 01.02.2023

Datenlieferung

BAG-Nr.	Jahr	AHV-Nr.	Kanton	Geburtsjahr	Geschlecht	Aufenthalt	GTIN	Pharmacode	Packungen	Monate	Kosten	Kostenbeteiligung
53	2023	7560000000001	ZH	1972	F	J	7680000000001		2.00	7.00	162.50	48.30
53	2023	7560000000001	ZH	1972	F	J	7680000000002		1.00	7.00	162.50	48.30
53	2023	7560000000001	ZH	1972	F	J	7680000000003		2.00	7.00	162.50	48.30
53	2023	7560000000002	SZ	2001	M	N	7680000000001		3.00	3.00	2725.30	680.00
53	2023	7560000000002	SZ	2001	M	N	7680000000002		1.00	3.00	2725.30	680.00

3. Beispiele für die Plausibilisierung und Korrektur der Packungsanzahl

Vgl. dazu Leitfaden Kapitel 3.6 bzw. 3.6.1

Packungen à 40 Tabletten / Publikumspreis CHF 120

Effektive Abgabe an Versicherte	Rechnungsbetrag CHF	Berechnungsgrundlage Packungsplausibilisierung	Berechnete Anzahl Packungen	Untere Toleranz (Berechnete Anzahl * 0.5) bzw. Obere Toleranz (Berechnete Anzahl * 1.5)	Auf Leistungsabrechnung angegebene Packungsanzahl	Zu berücksichtigende Packungszahl (auf zwei Kommastellen kaufmännisch gerundet)
4 Packungen	480.00	480.00	4	2 bzw. 6	4	4
4 Packungen	432.00 (inkl. 10% Rabatt)	$\frac{432.00}{1 - \text{Rabatt}} = \frac{432.00}{1 - 0.1} = 480.00$	4	2 bzw. 6	4	4
1 Tablette	3.00	3.00	0.025	0.013 bzw. 0.038	1.00	0.03
5 Tabletten	15.00	15.00	0.125	0.063 bzw. 0.188	5.00	0.13

Packungen à 1'000 ml / Publikumspreis CHF 50

Effektive Abgabe an Versicherte	Rechnungsbetrag CHF	Berechnungsgrundlage Packungsplausibilisierung	Berechnete Anzahl Packungen	Untere Toleranz (Berechnete Anzahl * 0.5) bzw. Obere Toleranz (Berechnete Anzahl * 1.5)	Auf Leistungsabrechnung angegebene Packungsanzahl	Zu berücksichtigende Packungszahl (auf zwei Kommastellen kaufmännisch gerundet)
15 Packungen	750.00	750.00	15	7.5 bzw. 22.5	15	15
15 Packungen	450.00 (inkl. 40% Rabatt)	$\frac{450.00}{1 - \text{Rabatt}} = \frac{450.00}{1 - 0.4} = 750.00$	15	7.5 bzw. 22.5	15	15
100 ml	5.00	5.00	0.1	0.05 bzw. 0.15	100.00	0.1
10 ml	0.5	0.50	0.01	0.005 bzw. 0.015	10.00	0.01