

3 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

Mit der vorliegenden Totalrevision wird nicht die VORA in der geltenden Version aufgehoben. Am 1. Januar 2017 wird noch die vom Bundesrat am 15. Oktober 2014 beschlossene Änderung (AS **2014** 3481) in Kraft treten. Für ein besseres Verständnis wird deshalb in den nachfolgenden Erläuterungen die VORA, die ab dem 1. Januar 2017 für die sog. Übergangslösung gelten wird und am 1. Januar 2020 aufgehoben werden soll, als „VORA 2017“ bezeichnet. Da die VORA 2017 erst ab dem 1. Januar 2017 in der Systematischen Rechtssammlung (SR) abrufbar sein wird, ist die VORA 2017 für dieses Revisionsverfahren in einem Hilfsdokument erstellt (vgl. Anhang zu diesen Erläuterungen).

1. Abschnitt: Indikatoren der Morbidität

Artikel 1 Indikatoren

In der VORA 2017 sind die Indikatoren in Artikel 2 festgelegt.

Wie bisher sind in der Bestimmung die Indikatoren der Morbidität aufgeführt. Die Aufzählung beginnt mit den bereits geltenden Indikatoren Alter (Bst. a), Geschlecht (Bst. b), und Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim (Bst. c). In Buchstabe d. folgt der neue Indikator pharmazeutische Kostengruppen (PCG). Er ersetzt den für die Übergangslösung festgelegten Indikator Arzneimittelkosten im Vorjahr.

In der Bezeichnung des Indikators Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim wird neu auf den Zusatz „im Vorjahr“ verzichtet: dadurch erfolgt keine materielle Änderung. Es geht einzig und allein darum, den Indikator wie auch den neuen Indikator PCG weniger schwerfällig zu bezeichnen. Nach wie vor werden Vorjahresdaten berücksichtigt. Dies ist ausdrücklich in den Bestimmungen festgehalten (vgl. Art. 3 und 5).

Artikel 2 Indikator Alter

Artikel 2 entspricht Artikel 2a der VORA 2017.

Die Bestimmung wird unverändert übernommen.

Artikel 3 Indikator Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim

Artikel 3 entspricht materiell Artikel 2c der VORA 2017.

Der Indikator wird einleitend mit Hilfe des erhöhten Krankheitsrisikos umschrieben. Der Normgehalt der Bestimmung wird übernommen. Bei der Bezeichnung des Indikators wird auf den Zusatz „im Vorjahr“ verzichtet. Dadurch erfolgt jedoch keine materielle Änderung, und es werden wie bisher Vorjahresdaten berücksichtigt. In Absatz 4 ist neu festgehalten, dass die Nacht vom 31. Dezember auf den 1. Januar dem Eintrittsjahr zugerechnet wird. Dies wurde in der Praxis bereits so gehandhabt (vgl. Leitfadens-orientierte Datenerhebung der Gemeinsamen Einrichtung KVG).

Artikel 4 PCG-Liste

Diese Bestimmung ist neu.

Die PCG-Liste wird vom EDI erlassen. Als rechtliche Form kommt nur eine Verordnung in Frage, weshalb das EDI die Liste als Anhang einer Departementsverordnung (EDI-Verordnung) erlassen wird. Das

EDI sieht vor, die Liste in elektronischer Form auf der Website des BAG zu publizieren. Eine Veröffentlichung in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts oder der Systematischen Sammlung des Bundesrechts ist nicht vorgesehen.

Die PCG-Liste wird jährlich angepasst werden müssen, weil regelmässig neue Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen in die SL aufgenommen werden. Dafür ist das EDI zuständig, ebenso wie für Anpassungen der PCG-Liste in Bezug auf die Aufnahme neuer und die Löschung bestehender PCG. Dazu vergibt das EDI periodisch Aufträge an das BAG oder aber Studienaufträge an externe Berater. Diese inskünftigen Anpassungen sollen unterkompensierte Gruppen besser abdecken und dem medizinischen Fortschritt Rechnung tragen.

Absatz 1

Absatz 1 hält zunächst fest, dass das EDI die Liste der PCG erlässt (vgl. auch die oben stehenden Ausführungen dazu). Bei der Erstellung der Initialversion stützt sich das EDI auf spezifische wissenschaftliche Studien. Eine solche hat das BAG im Jahr 2014 in Auftrag gegeben. Bevor die erste PCG-Liste erlassen wird, müssen die Ergebnisse dieser ersten Studie jedoch noch einmal aktualisiert werden, da in der Zwischenzeit diverse neue Arzneimittel in die SL aufgenommen werden. Ab Januar 2018 werden die Versicherer nach der neuen VORA Daten erheben müssen. Ob ein Arzneimittel einer PCG zugeordnet ist oder nicht, spielt für die Datenerhebung keine Rolle. Die Versicherer werden rechtzeitig Anweisungen erhalten.

Absatz 1 enthält sodann eine Definition für PCG, die das EDI bei der Festlegung von PCG zu beachten hat. Eine PCG umfasst die Arzneimittel, die bestimmte Wirkstoffe enthalten, die für die Behandlung eines bestimmten besonders kostenintensiven Krankheitsbildes eingesetzt werden. Ferner ist festgehalten, dass ein Wirkstoff nur einer PCG zugeordnet werden darf. Das bedeutet, dass für einen Wirkstoff, der bei unterschiedlichen Krankheiten zur Behandlung eingesetzt wird, eine PCG auszuwählen ist. Oder aber der Wirkstoff ist generell zu wenig spezifisch für den Einbezug in PCG, dann wird er nicht zugeordnet.

Absatz 2

Absatz 2 hält fest, welche Angaben die PCG-Liste enthalten muss: Zu jeder PCG sind die Arzneimittel aufgeführt, die die Wirkstoffe enthalten, die dieser PCG zugeordnet sind, mit Angabe des GTIN-Codes und der Anzahl der standardisierten Tagesdosen (defined daily dose, DDD) pro Darreichungsform und pro Packung. Der GTIN-Code weist folgende Vorteile auf: Er wird in der SL pro Darreichungsform und pro Packung aufgeführt. Die Nummer steht zum Zeitpunkt der Aufnahme des Produktes in die SL fest und ist den Versicherern grundsätzlich zugänglich. Im Gegensatz zum Pharmacode handelt es sich dabei nicht um ein privates Angebot. Allerdings könnte die alleinige Abstützung auf den GTIN-Code in der Anfangsphase zu Problemen führen. Der GTIN-Code ist zwar schon bekannt, jedoch noch nicht etabliert. Deshalb wird auf den für die Berechnung der Risikoausgleiche 2020-2022 massgebenden PCG-Listen bei jedem Arzneimittel der Pharmacode als Alternative zum GTIN-Code angegeben sein (vgl. Art. 32 Übergangsbestimmungen). Die Anzahl DDD pro Darreichungsform und pro Packung ergibt sich aus der DDD, die für den Wirkstoff bestimmt worden ist.

Absatz 3

Bei Kombinationspräparaten, wie sie bei Ophthalmika, oralen Antidiabetika und Antihypertonika anzutreffen sind, muss jeweils einer der Wirkstoffe als Hauptwirkstoff ausgewählt werden. Anhand dieses Hauptwirkstoffes wird dann das Arzneimittel einer PCG zugeordnet.

Absatz 4

Es gibt Versicherte, welche die Voraussetzungen für die Einteilung in mehrere PCG, welche das gleiche oder ein verwandtes gesundheitliches Problem beschreiben, erfüllen. Weil nicht alle Krankheiten klar voneinander abgegrenzt werden, d.h., weil das Klassifizierungssystem Unschärfen hat, lässt es sich nicht vermeiden, dass die gleiche zu Grunde liegende Erkrankung in unterschiedlichen Gruppen erfasst wird. Diesem Problem kann durch eine Hierarchisierung der Krankheitsgruppen begegnet werden: Erfüllt eine versicherte Person die Voraussetzungen für die Einteilung in zwei PCG, welche das gleiche oder ein verwandtes gesundheitliches Problem beschreiben, wird sie nur in die _PCG eingeteilt, die das

schwerwiegendere gesundheitliche Problem beschreibt. Hat eine versicherte Person beispielsweise sowohl Arzneimittel gegen einen zu hohen Cholesterinspiegel als auch Arzneimittel gegen eine Herzkrankheit bezogen, wird sie nur in die Gruppe der Herzkrankheiten eingeteilt. In diesem Fall erhält der Versicherer nur den Zuschlag für die hierarchisch höchste PCG, auch wenn die versicherte Person auch die Voraussetzungen für die Einteilung in die hierarchisch tiefer gestellte PCG erfüllen würde.

Ein anderes Problem besteht darin, dass sich zwei Krankheiten gegenseitig stark beeinflussen und Versicherte mit beiden Krankheiten in ihren Ausgaben stark von Versicherten mit nur einer Krankheit unterscheiden. Diesem Problem kann mit der Bildung einer „Überschneidungs-Gruppe“ begegnet werden. Die Versicherten mit beiden Krankheiten (d.h. ihnen wurden Arzneimittel aus zwei PCG abgegeben) werden in die Überschneidungs-Gruppe eingruppiert. Als Beispiel kann Diabetes Typ 2 und Bluthochdruck angeführt werden: Es gibt eine PCG Diabetes Typ 2 mit Bluthochdruck und eine PCG Diabetes Typ 2 ohne Bluthochdruck.

Für die Hierarchisierung von PCG ist das EDI zuständig. Das EDI wird bereits ab Beginn der Berücksichtigung der PCG solche Hierarchisierungen vornehmen.

Absatz 5

Die EAK berät das EDI bei der Zuordnung von Wirkstoffen und Arzneimitteln zu einer PCG und bei der Festlegung der standardisierten Tagesdosen, wenn Arzneimittel neu oder für eine zusätzliche Indikation in die SL aufgenommen werden. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da in dieser Kommission das für diese Aufgabe nötige Fachwissen bereits vorhanden ist. Der EAK kommt eine beratende Funktion zu, die Entscheidungen trifft das EDI. Da die Aufgaben der EAK in der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) festgehalten sind, wird auch die entsprechende Bestimmung in der KVV mit der neuen Aufgabe ergänzt (vgl. hierzu Art. 31).

Artikel 5 Indikator PCG

Diese Bestimmung ist neu. Sie löst den als Übergangslösung angewendeten Indikator Arzneimittelkosten ab (Art. 2b der VORA 2017).

Der Einbezug des Indikators PCG wird es erlauben, kostenintensive, ambulant behandelte Versicherte anhand ihres Arzneimittelkonsums zu identifizieren und Versicherer mit solchen Versicherten in ihrem Bestand differenzierter zu entlasten. Dies führt zu einem Abbau von Unter- und Überkompensationen für bestimmte Gruppen von Versicherten. Bisher wurden die Versicherer beispielsweise für gesunde 81-85-jährige Frauen ohne Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim und ohne Indikator Arzneimittelkosten überkompensiert. Unterkompensiert wurden sie hingegen beispielsweise für 26-30-jährige Männer ohne Aufenthalt in einem Spital aber mit Diabetes. Unter Berücksichtigung spezifischer wissenschaftlicher Studien wird das EDI die Initialversion einer PCG-Liste erstellen. Auf der Liste werden verschiedene PCG enthalten sein. Als Beispiele können genannt werden: Herzkrankheiten, Depression, Asthma.

Absatz 1

Der Indikator wird einleitend mit Hilfe des erhöhten Krankheitsrisikos umschrieben.

Absatz 2

In Absatz 2 sind die Voraussetzungen aufgeführt, die erfüllt sein müssen, damit eine versicherte Person bei der Gruppierung der Daten durch die Gemeinsame Einrichtung KVG in eine PCG eingeteilt wird. Vorausgesetzt,

- die versicherte Person hat im Vorjahr eine bestimmte Mindestanzahl standardisierter Tagesdosen von Arzneimitteln, die im Zeitpunkt der Abgabe auf der SL waren, bezogen,
- diese Arzneimittel sind auf der PCG-Liste dieser PCG zugeordnet,
- die Kosten dieser Arzneimittel werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen, und
- sie sind nicht in einer Pauschale nach Artikel 49 Absatz 1 KVG enthalten,

dann wird sie von der Gemeinsamen Einrichtung KVG in diese PCG eingeteilt. Die bestimmte Mindestanzahl DDD wird vom EDI festgelegt (vgl. Absatz 5). In keine PCG eingeteilt wird eine versicherte Person, die diverse Arzneimittel bezieht, jedoch die bestimmte Mindestanzahl DDD in keiner PCG erreicht wird. Die Einteilung einer versicherten Person in mehrere PCG und mehrere Zuschläge für PCG ist möglich. Jedoch ist zu beachten, dass der Versicherer nur den Zuschlag für die hierarchisch höchste PCG erhält, wenn es unter den PCG eine Hierarchisierung gibt (vgl. Art. 15 Abs. 2).

Absatz 3

Die Gemeinsame Einrichtung KVG wird für die Berechnung eines Risikoausgleichs immer nur eine PCG-Liste anwenden; es ist die Liste, die im Zeitpunkt der Berechnung im Jahr nach dem Ausgleichsjahr in Kraft ist. Änderungen auf der SL können somit zeitnah auf der PCG-Liste berücksichtigt werden. Wie schon in Artikel 4 ausgeführt, wird die PCG Liste jährlich angepasst werden müssen, weil regelmäßig neue Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen in die SL aufgenommen werden. Möglicherweise muss die PCG-Liste schon vor der Berechnung des Risikoausgleichs 2020 erstmals revidiert werden.

Absatz 4

Bei Arzneimitteln fallen die Verschreibung und die Abgabe nicht immer zusammen und insbesondere bei chronisch kranken Versicherten werden oft auch Dauerrezepte, die zum Arzneimittelbezug über mehrere Monate hinweg berechtigen, ausgestellt. Es wird festgelegt, dass für die Zuteilung der abgegebenen Arzneimittel auf die Kalenderjahre das Datum der Abgabe massgebend ist.

Absatz 5

Bei der Einteilung Versicherter in PCG kommt der Anzahl DDD eine entscheidende Bedeutung zu. Das EDI legt die Mindestanzahl DDD in der EDI-Verordnung fest. Mittels Berücksichtigung der Mindestanzahl DDD für die Einteilung in PCG wird erreicht, dass nur Versicherte mit einer Langzeittherapie die Voraussetzungen für die Einteilung in PCG erfüllen.

2. Abschnitt: Datenlieferung und Kontrolle der Daten

Artikel 6 Datenlieferung

Die Datenlieferung der Versicherer für den Risikoausgleich ist in Artikel 10 der VORA 2017 geregelt.

Absatz 1

Aufgrund des Einbezugs des neuen Morbiditätsindikators PCG und dem damit verbundenen Übergang zu einer Regressionsberechnung mittels Methode der kleinsten Quadrate – vgl. dazu Artikel 9 bis 18 im 3. Abschnitt „Berechnung des Risikoausgleichs“ – müssen die Versicherer neu Individualdaten zu ihren einzelnen Versicherten an die Gemeinsame Einrichtung KVG liefern. Damit die Versicherten nicht identifiziert werden können und um dem Datenschutz Rechnung zu tragen, wird die Versichertennummer der AHV in pseudonymisierter Form geliefert. Der Versicherer liefert pro versicherte Person folgende Angaben:

- Wohnkanton;
- Versichertennummer der AHV in pseudonymisierter Form;
- Geburtsjahr;
- Geschlecht;
- Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim;
- GTIN-Code und Anzahl Packungen pro Arzneimittel der Spezialitätenliste;
- Anzahl Monate, während deren die Person bei ihm versichert ist,
- Bruttoleistungen;
- Kostenbeteiligungen.

Pro versicherte Person muss mindestens eine Datenzeile geliefert werden pro Datensatz. Bei einem unterjährigen Wohnsitzwechsel, der mit einem Kantonswechsel verbunden ist, muss der Versicherer eine zweite Datenzeile liefern. Die Versicherer haben pro versicherte Person die Rohdaten, d.h. die

abgegebenen Arzneimittel der SL, deren Kosten von der OKP übernommen werden und die nicht in einer Pauschale nach Artikel 49 Absatz 1 KVG enthalten sind, nach GTIN-Code zu melden. Die Einteilung der Versicherten in PCG erfolgt bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG, wenn aufgrund der Daten zu ihrem Arzneimittelbezug im Vorjahr die Voraussetzungen von Artikel 5 Absatz 2 für die Einteilung in die entsprechende(n) PCG erfüllt sind (vgl. Art. 12).

Wie bis anhin präzisiert die Gemeinsame Einrichtung KVG den Datensatz und die Art und Weise der Datenlieferung in ihrem Leitfaden. Neu ist in Absatz 1 festgehalten, dass die Versicherer der Gemeinsamen Einrichtung KVG die Daten auf eigene Kosten liefern.

Absatz 2

Die Versicherer liefern pro Datenlieferung zwei Datensätze. Der erste Datensatz enthält die oben erwähnten Angaben für das Jahr vor der Datenlieferung, der zweite Datensatz diejenigen für das vorletzte Jahr vor der Datenlieferung. Neu umfasst ein Datensatz jeweils Angaben zu einem einzigen Kalenderjahr.

Absatz 3

In Absatz 3 wird die Frist für die Datenlieferung festgehalten. Die Datenlieferungen erfolgen wie bis anhin jährlich bis zum 30. April.

Absatz 4

Wie bis anhin erfolgt der Datenabzug gemäss Absatz 4 zwei Monate vor Ablauf der Frist für die Datenlieferung. Mutationen, die später erfolgen, dürfen nicht berücksichtigt werden in der Datenlieferung.

Artikel 7 Daten nicht mehr aktiver Versicherer

Diese Bestimmung ist neu.

Daten nicht mehr aktiver Versicherer werden weiter für die Berechnung des Risikoausgleichs benötigt. In den Absätzen 1 und 2 wird geregelt, wer für die Datenlieferung zuständig ist.

Absatz 1

Versicherer, deren Vermögen und Versichertenbestand durch Vertrag auf einen anderen Versicherer nach den Artikeln 2 und 3 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. September 2014¹ (KVAG) übertragen wurde, müssen keine Daten für den Risikoausgleich liefern. An ihrer Stelle müssen die übernehmenden Versicherer die Daten für den Risikoausgleich liefern.

Absatz 2

Für Versicherer, denen in den letzten beiden Jahren vor dem Ausgleichsjahr die Bewilligung entzogen wurde, deren Vermögen und Versichertenbestand aber nicht durch Vertrag auf einen anderen Versicherer nach den Artikeln 2 und 3 KVAG übertragen wurde, müssen die für die Liquidation des Versicherers zuständigen Dritten die Daten für den Risikoausgleich liefern.

Artikel 8 Kontrolle der Daten

Artikel 11 der VORA 2017 wird weitgehend übernommen.

In Absatz 1 wird neu auf Verordnungsstufe eine Frist festgelegt für die Einreichung des Berichts der Revisionsstellen über die Richtigkeit und Vollständigkeit der gelieferten Daten. Der bisherige Absatz 1^{bis} ist neu Absatz 4.

¹ SR 832.12

3. Abschnitt: Berechnung des Risikoausgleichs

Die Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge war bisher in Artikel 6 der VORA 2017 geregelt.

Neu wird die Berechnung des Risikoausgleichs in mehreren Artikeln dargestellt. Mit der Verfeinerung des Risikoausgleichs mittels PCG geht nämlich auch eine Anpassung der Berechnung des Risikoausgleichs einher. Es wird vom bisher angewandten reinen Zellansatz – einem Spezialfall der Regressionsberechnung mit Interaktion zwischen allen Variablen – abgewichen und die Methode der kleinsten Quadrate angewandt, die darin besteht, die Parameter so zu bestimmen, dass die Summe der quadratischen Abweichungen der Kurve von den beobachteten Punkten minimiert wird.

Mittels einer Regressionsrechnung nach der Methode der kleinsten Quadrate wird die Höhe der Zuschläge für PCG festgelegt. Diese gelten unabhängig von der Risikogruppenzugehörigkeit der versicherten Person, sofern diese der entsprechenden PCG zugeteilt wurde. Ein Beispiel: der Zuschlag für die PCG Herzerkrankungen ist gleich hoch bei einem jungen Mann wie bei einer älteren Frau. Zudem wird für jede Risikogruppe – pro Kanton, definiert nach Alter, Geschlecht und Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr, jedoch ohne Berücksichtigung der PCG – in einem Verfahren, das dem heutigen Zellansatz stark ähnelt, ein Abgabe- resp. Beitragssatz berechnet.

Für jede versicherte Person werden schliesslich der Abgabe- resp. Beitragssatz der Risikogruppe und allfällige Zuschläge für PCG addiert und anschliessend mit der Anzahl Versicherungsmonate multipliziert, um zu ermitteln, wie viel der Versicherer für sie in den Risikoausgleich bezahlen muss beziehungsweise wie viel der Versicherer für sie aus dem Risikoausgleich erhält. Die Abgabe beziehungsweise der Beitrag des Versicherers entspricht der Summe dieser Werte über alle seine Versicherten.

Artikel 9 Versichertenbestände

Artikel 9 entspricht materiell Artikel 4 der VORA 2017.

Absatz 1

Wie bisher sind für die Festlegung der Versichertenbestände eines Versicherers die „Versicherungsmonate“ massgebend. Jedoch ist der Rechtsprechung des Bundesgerichts betreffend die Teilbarkeit der Monatsprämie der OKP (BGE 142 V 87) Rechnung zu tragen. Das heisst, dass die angebrochenen Monate z.B. bei Wohnsitznahme in der Schweiz, Wegzug ins Ausland und Tod nach dem Leitfaden ordentliche Datenerhebung der Gemeinsamen Einrichtung KVG taggenau in Teilmonaten anzugeben sind (z.B. 8,26 Monate, 10,13 Monate).

Absatz 2

Ebenfalls wie bisher werden bei der Festlegung der Versichertenbestände sechs Personenkategorien nicht berücksichtigt. Sie sind unter den Buchstaben a. bis f. aufgeführt. In Buchstabe f. wird die seit Jahren bestehende Praxis präzisiert festgehalten.

Artikel 10 Zusammenführen der Datensätze und Gruppierung der Daten

Neu liefern die Versicherer der Gemeinsamen Einrichtung KVG die Versichertennummer der AHV in pseudonymisierter Form sowie weitere Individualdaten ihrer Versicherten. Mittels eines Verbindungscodes wird sichergestellt, dass das einzelne Individuum über mehrere Datenlieferungen – auch unterschiedlicher Versicherer – hinweg beobachtet werden kann.

Absatz 1

Gemäss Absatz 1 führt die Gemeinsame Einrichtung KVG die von den Versicherern gelieferten Datensätze zusammen. Sie führt sie so zusammen, dass die Daten zu den Indikatoren der Morbidität der Versicherten aus dem Vorjahr auch bei Wechslern nicht verloren gehen und vollständig in die Berech-

nung des Risikoausgleichs einfließen. Für die Berücksichtigung der Vorjahresinformationen bei Wechslern ist also kein Datenaustausch unter den Versicherern nötig. Sämtliche notwendigen Daten liegen bei der für die Berechnung des Risikoausgleichs zuständigen Gemeinsamen Einrichtung KVG vollständig vor. Durch die vollständige Berücksichtigung der Vorjahresinformationen werden chronisch kranke Wechsler mit Aufenthalten in einem Spital oder Pflegeheim oder PCG attraktiver für den neuen Versicherer.

Absatz 2

In Absatz 2 ist festgehalten, dass die Gemeinsame Einrichtung KVG die für die Berechnung des Risikoausgleichs nötigen Angaben pro versicherte Person, die aus zwei unterschiedlichen Jahren stammen und deshalb auch in unterschiedlichen Datensätzen zu finden sind, zusammenführt.

Artikel 11 Einteilung der Versicherten in Risikogruppen

Nach dieser Bestimmung erfolgt die Einteilung der Versicherten in Risikogruppen nach Kanton, Alter, Geschlecht und Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr. Nicht berücksichtigt wird bei der Einteilung der Versicherten in Risikogruppen das Vorhandensein eines erhöhten Krankheitsrisikos aufgrund von PCG.

Artikel 12 Einteilung der Versicherten in PCG

Die Versicherer liefern der Gemeinsamen Einrichtung KVG pro versicherte Person Angaben zu den abgegebenen Arzneimitteln der SL. Pro versicherte Person sind in der Datenlieferung sämtliche abgegebenen Arzneimittel einzeln, mit Angabe des GTIN-Codes, aufgeführt. Es ist festgehalten, dass die Gemeinsame Einrichtung KVG die Versicherten aufgrund der von den Versicherern gelieferten Daten in die entsprechenden PCG einteilt, wenn die Voraussetzungen nach Artikel 5 Absatz 2 erfüllt sind. Dabei prüft sie 1. ob den versicherten Personen Arzneimittel abgegeben wurden, die im Zeitpunkt der Abgabe auf der SL waren, 2. ob diese Arzneimittel auf der massgebenden PCG-Liste PCG zugeordnet sind und 3. ob die in der EDI-Verordnung festgelegte Mindestanzahl der DDD in einer oder evtl. mehreren PCG erreicht wurde. Wenn aufgrund dieser Prüfung eine Einteilung in mehrere PCG erfolgt, prüft die Gemeinsame Einrichtung KVG, ob diese PCG hierarchisiert sind und somit nur die hierarchisch höchste PCG für die Berechnung massgebend ist.

Artikel 13 Berechnung der Gruppendurchschnitte

Absatz 1

In dieser Bestimmung wird die Berechnung der durchschnittlichen Nettoleistungen in den einzelnen Risikogruppen d.h. der Gruppendurchschnitte beschrieben. Dazu werden die Versicherten in Risikogruppen eingeteilt, die Versichertenbestände und Nettoleistungen in den Risikogruppen erhoben und dann, pro Risikogruppe, die durchschnittlichen Nettoleistungen berechnet. Die Berechnung erfolgt im Jahr, das dem Ausgleichsjahr folgt aufgrund der Versicherungsmonate und Nettoleistungen des Kalenderjahres vor dem Ausgleichsjahr und der Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im vorletzten Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr. Die spätere Berechnung ermöglicht es, neu vollständigere Leistungsdaten (26 Monate abgerechnet) zu berücksichtigen. Bei der Berechnung der Gruppendurchschnitte wird zudem erstmals ein Teuerungsfaktor berücksichtigt.

Absatz 2

Der Teuerungsfaktor soll der Kostenentwicklung in der OKP Rechnung tragen. Die Kostenentwicklung in den einzelnen Risikogruppen zwischen dem Jahr vor dem Ausgleichsjahr und dem Ausgleichsjahr kann näherungsweise bestimmt werden, indem die Leistungen, die jeweils in den ersten 14 Monaten der beiden Perioden vergütet wurden, verglichen werden. Der Teuerungsfaktor berücksichtigt, dass die Kostenentwicklung nicht in allen Risikogruppen identisch ist. Die Einzelheiten dazu, wie sich der Teuerungsfaktor berechnet, werden in der EDI-Verordnung festgelegt.