



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Tätigkeitsbericht 2016

Aufsicht über die soziale Kranken- und Unfallversicherung



Impressum

© Bundesamt für Gesundheit BAG

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit BAG

Publikationszeitpunkt: April 2017

Gestaltungskonzept: diff. Kommunikation AG, Bern

Bezugsquelle: BBL, Vertrieb Bundespublikationen CH-3003 Bern

www.bundespublikationen.admin.ch

verkauf.zivil@bbl.admin.ch

Bestellnummer: 316.929.d

BAG-Publikationsnummer: 2017-KUV-03

www.bag.admin.ch

Diese Broschüre erscheint in deutscher und französischer Sprache.

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	5
2	Grundlagen	6
2.1	Rechtliche Grundlagen der Aufsicht	6
2.2	Aufsicht in der obligatorischen Unfallversicherung	7
3	Aufsicht über die Krankenversicherer	9
3.1	Jahresergebnisse der Versicherer und Interventionen	9
3.2	KVG-Solvenztest 2016	10
3.3	Genehmigung der Prämien 2017	10
3.4	Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen	11
3.5	Kapitalanlagen	11
3.6	Rückversicherung im KVG.....	12
3.7	Audit	12
3.8	Sichernde Massnahmen	13
3.9	Behandelte Verfahren	13
4	Aufsicht über die Unfallversicherer im Bereich des UVG	14
4.1	UVG-Tarife	14
4.2	Betriebsrechnungen	14
5	Aufsicht über die Militärversicherung	15
6	Aufsicht über die Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG)	16
7	Weitere Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Aufsicht	17
7.1	Aufsichtsdaten	17
7.2	Versichertenanfragen	17
7.3	Prämienkorrektur 2016	17
8	Anhänge	20
8.1	Änderung der Verordnung des EDI über die Reserven in der sozialen Krankenversicherung auf den 1. Januar 2017 (ResV-EDI)	20
8.2	Revision der Verordnung des EDI über die Prämienregionen	20
8.3	Änderung der Verordnung des BAG über Rechnungslegung und Berichterstattung in der sozialen Krankenversicherung.....	20
9	Glossar	21
10	Abkürzungsverzeichnis	22



1 Vorwort

Seit Anfang 2016 regelt das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) und dessen Ausführungsverordnung, die Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV), die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung. Dieser Versicherungszweig, der seit dem Jahr 1996 obligatorisch für alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz ist, wurde traditionellerweise von Dorf- und Betriebskrankenkassen angeboten. Die Aufsicht war deshalb nur rudimentär geregelt. Die Veränderungen auf dem Markt haben eine professionellere Aufsicht notwendig gemacht. Das KVAG bestimmt als Ziel der Aufsicht, die Interessen der Versicherten zu schützen. Dies soll erreicht werden, indem die Solvenz der Krankenversicherer gewährleistet wird und indem Transparenz über die soziale Krankenversicherung besteht. Mit diesem Bericht, der im Jahr 2017 zum ersten Mal erscheint, möchte auch die Aufsichtsbehörde Transparenz über ihre Tätigkeiten schaffen.

Das vergangene Jahr war für viele Krankenversicherer geprägt von finanziellen Herausforderungen, die sich durch die Kapitalmärkte akzentuiert hatten. So verfügten 14 Versicherer für das Jahr 2016 nicht über ausreichende Reserven, was zu einer intensiveren Aufsichtstätigkeit bei diesen Versicherern führte. Aus diesem Grunde musste auch bereits im ersten Jahr von den sichernden Massnahmen Gebrauch gemacht werden. Kreisreiben mussten an die neuen rechtlichen Gegebenheiten angepasst werden. Das erste Jahr mit den neuen Regeln des KVAG führte bei vielen Versicherern zu Unsicherheiten und entsprechenden Fragen an die Aufsichtsbehörde. Aber auch vonseiten der Versicherten gingen viele Briefe und E-Mails ein, sei dies mit Fragen oder mit Unmutsbekundungen über den erneuten Prämienanstieg.

Da die Zusatzversicherungen von der FINMA beaufsichtigt werden, ist es notwendig, dass die beiden Aufsichtsbehörden zusammenarbeiten. Das KVAG hat die Grundlagen für die Zusammenarbeit geschaffen. Basierend darauf haben die beiden Aufsichtsbehörden die Koordinationstätigkeiten festgelegt. Weitere Aufsichtsorgane beschäftigen sich direkt oder indirekt mit den Krankenversicherern,

wie beispielsweise die Eidgenössische Stiftungsaufsicht, der EDÖB, die RAB oder die Revisionsstellen, deren Anliegen durch die Subkommission Krankenversicherungen von EXPERTsuisse vertreten werden. Auch mit diesen Organisationen wurde die Zusammenarbeit festgelegt und es finden regelmässige Sitzungen statt oder es werden bei Bedarf Informationen ausgetauscht.

Das Jahr 2017 wird wieder viele Herausforderungen mit sich bringen. Die intensive Überwachung der Versicherer mit finanziellen Schwierigkeiten wird in diesem Jahr weitergehen. Ende 2017 läuft zudem die Übergangsfrist aus für die Einreichung der Geschäftspläne, für das Errichten eines wirksamen internen Kontrollsystems, des Risikomanagements und des gebundenen Vermögens. Die Vorbereitung und die Prüfung der von den Versicherern zu diesen Themen eingereichten Unterlagen wird die Aufsicht unter anderem im laufenden Jahr beschäftigen.

Helga Portmann

Die Leiterin der Abteilung Versicherungsaufsicht

2 Grundlagen

2.1 Rechtliche Grundlagen der Aufsicht

Die Aufsichtsbehörde stützt sich bei ihrer Tätigkeit auf das seit dem 1. Januar 2016 in Kraft stehende Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz [KVAG]) sowie auf die entsprechenden Ausführungsbestimmungen in der Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung [KVAV]). Das KVAG und die KVAV schlossen die Lücken im Aufsichtsrecht und enthalten Verbesserungen unter anderem im Bereich der finanziellen Sicherheit und der Unternehmensführung der Versicherer sowie der Befugnisse und Kompetenzen der Aufsichtsbehörde. Damit wurde die Aufsicht zum Schutz der sozialen Krankenversicherung und ihrer Versicherten gestärkt und die Transparenz bei den Versicherern erhöht.

Die Aufsichtsbehörde hat insbesondere in den folgenden Bereichen ihre Aufgaben wahrzunehmen:

Bewilligung, Übertragung von Aufgaben und Bewilligungsentzug

Für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung ist eine Bewilligung durch die Aufsichtsbehörde erforderlich. Das KVAG umschreibt die Bewilligungsvoraussetzungen. Dem Bewilligungsgesuch ist der Geschäftsplan beizulegen. Die Aufsichtsbehörde bewilligt den Versicherern, welche die Anforderungen des KVAG erfüllen, die Durchführung der sozialen Krankenversicherung. Die Aufsichtsbehörde ist auch für den Entzug der Bewilligung zuständig. Die Bewilligung ist zum Beispiel dann zu entziehen, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind. Das KVAG lässt die Übertragung von Aufgaben (Outsourcing), welche alltäglich geworden ist, grundsätzlich zu. Es stellt aber sicher, dass die Aufsicht über ausgelagerte Aufgaben trotzdem wahrgenommen werden kann.

Aufsicht und Aufsichtsmaßnahmen

Die Aufsichtsbehörde hat nach den Vorgaben des KVAG und der KVAV den Schutz der Versicherten und die Solvenz der Versicherer zu gewährleisten. Dabei überwacht sie die Durchführung der sozialen Krankenversicherung:

- Sie wacht darüber, dass die Bestimmungen des KVAG und des KVG eingehalten werden.
- Sie prüft, ob Gewähr für einwandfreie Geschäftstätigkeit geboten wird.
- Sie wacht über die Einhaltung des Geschäftsplans.
- Sie wacht darüber, dass die Versicherer solvent sind, die Reserven und Rückstellungen vorschriftsgemäss bilden, die Vermögenswerte ordnungsgemäss verwalten und anlegen sowie die gesamten Kapitalerträge der sozialen Krankenversicherung zukommen lassen.

Sie schützt die Versicherten vor Missbräuchen. Dabei kann die Aufsichtsbehörde den Versicherern Weisungen zur einheitlichen Anwendung des Bundesrechts erteilen und bei ihnen Inspektionen durchführen.

Sie sorgt ferner für die gesetzeskonforme und dauerhafte Einhaltung der Bewilligungsvoraussetzungen. Die beaufsichtigten Unternehmen sind verpflichtet, der Aufsichtsbehörde alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Belege einzureichen, die für die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung erforderlich sind. Die Aufsichtsbehörde trifft ferner die sichernden Massnahmen, die ihr zur Wahrung der Interessen der Versicherten erforderlich erscheinen. Bei wirtschaftlich schlechter Lage von Versicherern soll die Aufsichtsbehörde gemäss den gesetzlichen Grundlagen Sanierungsmaßnahmen einleiten.

Unternehmensführung, Risikomanagement, internes Kontrollsystem und Revision

Das KVAG und die KVAV sehen prinzipienbasierte Bestimmungen vor zur Gewähr für einwandfreie Geschäftsführung, zum Risikomanagement, zu den internen Kontrollen und zur externen Revisionsstelle.

Die Aufsichtsbehörde prüft dabei die Qualifikation der betreffenden Organe. Beispielsweise sollte die Mehrheit des Verwaltungsrates, des Stiftungsrates bzw. des Vorstandes über ein ausgewiesenes Versicherungsfachwissen verfügen. Das KVAG und die KVAV verlangen auch, dass die Versicherer so organisiert sind, dass sie alle wesentlichen Risiken erfassen, begrenzen und überwachen können (Risikomanagement). Das Interne Kontrollsystem (IKS) umfasst die unternehmensintern angeordneten Vorgänge, Methoden und Massnahmen, die dazu dienen, eine angemessene Sicherheit bezüglich der Risiken der Geschäftsführung zu gewährleisten. Dabei ist insbesondere an die Wirksamkeit von Geschäftsprozessen, die Zuverlässigkeit der finanziellen Berichterstattung und die Befolgung von Gesetz und Vorschriften zu denken. In Ergänzung dazu müssen die Krankenversicherer über eine von der Geschäftsleitung unabhängige interne Revisionsstelle verfügen. Damit soll sichergestellt werden, dass die externe Revisionsstelle von den Erkenntnissen der internen Revision profitieren kann.

Finanzierung

Die Versicherer müssen die soziale Krankenversicherung nach dem Bedarfsdeckungsverfahren finanzieren und zur Sicherstellung der Solvenz ausreichende Reserven aufweisen. Auch sind die Versicherer verpflichtet, angemessene versicherungstechnische Rückstellungen zu bilden. Mit den Reserven wird sichergestellt, dass die gesamten Risiken aller Geschäftsbereiche abgedeckt werden. Für das im KVAG neu vorgesehene gebundene Vermögen wurden Bestimmungen zur Ermittlung und Bestellung erlassen. Insbesondere dürfen die Versicherer nur gewisse Anteile ihres gebundenen Vermögens in bestimmte Anlagekategorien anlegen.

Die Anlagebestimmungen gelten für das ganze Vermögen des Versicherers. Die Begrenzungen hingegen beziehen sich nur noch auf das gebundene Vermögen. Die Effektenleihe bleibt zwar grundsätzlich weiterhin ausgeschlossen, wird aber aus Praktikabilitätsgründen unter bestimmten Voraussetzungen in kollektiven Kapitalanlagen zugelassen.

Prämienfestsetzung und -genehmigung

Die Prämientarife bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Das KVAG und die KVAV sehen Aufsichtsmittel vor, welche die Nichtgenehmigung der Prämientarife in gewissen Situationen erlauben. Dies zum Beispiel wenn die Prämien die kantonal unterschiedlichen Kosten nicht decken oder wenn sie zu hoch sind. Die Prämien des Versicherers dürfen auch nicht zu übermässigen Reserven führen. Zudem wurde eine Regelung eines nachträglichen Ausgleichs von zu hohen Prämieinnahmen geschaffen.

Rückversicherung

Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Rückversicherungsverträge. Bei den Bewilligungsvoraussetzungen handelt es sich insbesondere um Anforderungen an die Rechtsform, den Sitz, die Organisation, die finanzielle Ausstattung und die Revisionsstelle. Auch dürfen Rückversicherungsverträge nur zu Bedingungen abgeschlossen werden, wie sie auch mit unabhängigen Dritten abgeschlossen würden. Zudem werden die Rückversicherer verpflichtet, versicherungstechnische Rückstellungen zu bilden und der Aufsichtsbehörde wesentliche Informationen zu ihren Verträgen anzugeben.

Strafbestimmungen

Das KVAG enthält des Weiteren Strafbestimmungen. Die Strafverfolgung obliegt neu ausschliesslich den Kantonen. Die Aufsichtsbehörde verfügt aber über eine Anzeigepflicht bei den zuständigen kantonalen Strafverfolgungsbehörden.

2.2 Aufsicht in der obligatorischen Unfallversicherung

In der obligatorischen Unfallversicherung (UVG) ist zwischen der Aufsicht über die einheitliche Rechtsanwendung, der sogenannten Gesetzes- oder Vollzugsaufsicht und der Aufsicht über die Geschäftsführung und Solvenz, der sogenannten institutionellen Aufsicht, zu unterscheiden. Bei allen Versicherungsgesellschaften, die das UVG anbieten, seien dies Privatversicherer, die Suva oder öffentliche Unfallversicherungskassen, hat das BAG die Aufsicht über die einheitliche Rechtsanwendung.

Bei den Privatversicherern obliegt die institutionelle Aufsicht der FINMA. BAG und FINMA haben die Aufsicht zu koordinieren. Der Bundesrat hat die institutionelle Oberaufsicht über die Suva, die vom BAG ausgeübt wird. Die direkte institutionelle Aufsicht über die Suva obliegt dem Verwaltungsrat der Suva. Bei den öffentlichen Unfallversicherungskassen obliegt die institutionelle Aufsicht

hingegen dem Gemeinwesen, welches die Kasse errichtet hat. Bei den Versicherern gemäss KVAG obliegen die Gesetzesaufsicht und die institutionelle Aufsicht dem BAG.

Das BAG beaufsichtigt und koordiniert des Weiteren den Vollzug der Militärversicherung.

3 Aufsicht über die Krankenversicherer

3.1 Jahresergebnisse der Versicherer und Interventionen

Jahresergebnisse der Versicherer

Im Rahmen der Prüfung der definitiven aufsichtsrechtlichen Jahresrechnungen 2015 der Krankenversicherer wurden durch die Versicherungsaufsicht die Ergebnisse analysiert.

Von den im Jahr 2015 vom BAG zugelassenen Krankenversicherern verzeichneten 26 Versicherer im Geschäftsjahr 2015 ein positives Betriebsergebnis, 33 Krankenversicherer realisierten hingegen einen Verlust. Das Gesamtbetriebsergebnis aller 59 Krankenversicherer betrug im Jahr 2015 –607 Mio. CHF Infolge des Gesamtbetriebsverlustes nahmen die Reserven der Versicherer von 6,667 Mia. CHF auf 6,061 Mia. CHF ab. Das Versicherungsbetriebsergebnis belief sich im Jahr 2015 auf –817 Mio. CHF. Die Prämien nahmen im gleichen Zeitraum zu (von 25,8 Mia. CHF auf 27,1 Mia. CHF), jedoch in einem weniger starken Ausmass als die Nettoleistungen (Anstieg von 24,6 Mia. CHF auf 26,0 Mia. CHF). Dies zeigt sich auch bei den Nettoleistungen bzw. Prämien pro Versicherten; während letztere um 3,5% zulegten, nahmen die Nettoleistungen pro Versicherten um 4% zu.

Die Analyse der Verwaltungskosten hat gezeigt, dass sich diese in den vergangenen Jahren stabilisiert haben. Die Verwaltungskosten pro Versicherten betragen im Jahr 2015 CHF 159.55 und stiegen damit gegenüber dem Jahr 2014 mit CHF 158.20 nur leicht an. Die Verwaltungskosten – ausgedrückt in Prozent der Prämien – nahmen im gleichen Zeitraum von 5,0% auf 4,9% ab.

Interventionskonzept des BAG

Um Insolvenzfällen bei den Krankenversicherern vorzubeugen und die Behandlungsgleichheit unter ihnen zu gewährleisten, wendet die Abteilung Versicherungsaufsicht des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) ein Interventionskonzept auf jährlicher Basis an.

Das BAG klassifiziert jeden Krankenversicherer aufgrund von drei aufsichtsrechtlichen Kriterien – Solvabilitätsquotient, Combined Ratio und Höhe der Rückstellungen pro versicherte Person –, die provisorisch oder am Jahresende definiert werden. Mithilfe der Grenzwerte dieser Klassifikationskriterien können die Krankenversicherer der Branche hinsichtlich Einhaltung der entsprechenden Standards und der Anforderungen an ihre Finanzierungstätigkeiten periodisch bewertet werden.

Es gibt sechs Kategorien. Die ersten drei Kategorien sind Gesellschaften vorbehalten, bei denen keine besonderen Massnahmen erforderlich sind. In den anderen Kategorien sind je nach Risikoexposition geeignete Massnahmen vorgesehen, darunter ein vierteljährliches oder monatliches Datenreporting. Die letzte Kategorie ist für Marktteilnehmer bestimmt, die nahezu zahlungsunfähig sind und denen der Entzug der Durchführungsbewilligung durch das BAG droht.

Am Ende des ersten Quartals jedes Jahres stellt das BAG den Krankenversicherern per Post seine Bewertung zu. Diese informiert sie über ihre Risikoklassifikation, die festgestellten Schwächen sowie den Interventionsbedarf, der sich daraus für das laufende Jahr ergibt.

2016 stellte das BAG fest, dass 27 Krankenversicherer die Anforderungen bezüglich Finanzierung nicht in allen Punkten erfüllten. Die Aufsichtsbehörde forderte daher in diesem Zeitraum regelmässig die monatlichen Datenreportings von 8 Krankenversicherern sowie die vierteljährlichen Datenreportings von 19 Krankenversicherern an.

Das BAG kann den betroffenen Krankenversicherern auch sachdienliche Fragen zum Tagesgeschäft stellen, dies beispielsweise aufgrund aktueller Themen oder vertiefter spezifischer Themenanalysen. Das ermöglicht eine vergleichende Analyse und ein gezieltes Angehen der festgestellten Schwächen.

3.2 KVG-Solvenztest 2016

Zur Sicherstellung der Solvenz im Bereich der sozialen Krankenversicherung müssen die Versicherer ausreichende Reserven halten. Die Mindesthöhe dieser Eigenmittel wird seit dem Jahr 2012 durch die vom Versicherer eingegangenen Risiken bestimmt. Im KVG-Solvenztest werden die versicherungstechnischen Risiken, die Markt- und die Kreditrisiken evaluiert und mit krankenspezifischen sowie finanzmarktrelevanten Szenarien angereichert. Die Anfang Jahr vorhandenen Reserven im Verhältnis zu diesen risikobasierten Mindestreserven ergeben die Solvenzquote für ein bestimmtes Geschäftsjahr. Das Sicherheitsniveau ist auf 1 % eingestellt. Damit sollte die Reserve, vereinfacht gesagt, den in einem von 99 Fällen ungünstigsten Ausgang eines Geschäftsjahres abfedern können und selbst in der Hälfte der verbleibenden Fälle noch ausreichend sein.

Ein grosser Teil der Verpflichtungen der Krankenversicherer besteht aus den versicherungstechnischen Rückstellungen. Um die Angemessenheit und das Schätzrisiko der Rückstellungen mit aktuariellen Methoden beurteilen zu können, erhebt die Aufsicht seit Einführung des KVG-Solvenztests die Schadenabwicklungsdaten der letzten fünf Jahre in monatlicher Granularität.

Das BAG prüfte die eingegebenen KVG-Solvenztests 2016 und die dazu eingegebenen Berichte. Da einige Eingaben nicht den Anforderungen entsprachen, musste die Aufsichtsbehörde Neueingaben fordern. Die Solvenzquoten, die Mindesthöhen der Reserven für das Jahr 2016 und die vorhandenen Reserven am 1. Januar 2016 wurden publiziert. 2016 hatten 14 Kassen eine ungenügende Solvenzquote. Im Vorjahr lagen drei Versicherer unter und drei gerade bei 100 %. Bei der Beurteilung der Solvenzquoten der Versicherer ist zu beachten, dass die Angaben von fünf Versicherern Einschüsse beinhalten, die von der Aufsicht beanstandet worden sind. Ohne diese Einschüsse würden die Solvenzquoten der betreffenden Versicherer tiefer ausfallen.

Zur Prüfung der Prämieingaben für das nächste Jahr wird zusätzlich eine vereinfachte Mindesthöheberechnung für das Folgejahr von den Versicherern verlangt. Dazu machen die Versicherer eine Schätzung des voraussichtlich per Ende des laufenden Jahres vorhandenen Reservebestandes und der mindestens benötigten Reserve zur

Deckung der Risiken des nächsten Jahres. Um die Schätzgenauigkeit dieser Erwartungswerte quantifizieren zu können, müssen mehrere Varianten berechnet werden, wobei insbesondere das Risiko von grösseren Bestandesänderungen der Versicherten berücksichtigt werden muss. Diese Berechnungen geben eine Bandbreite möglicher Reservesituationen im kommenden Jahr an und helfen der Aufsichtsbehörde damit bei der Beurteilung der Prämieingaben.

Die Varianten dienen ebenfalls als Entscheidungsgrundlage für den Fall, dass ein Versicherer um den Abbau übermässiger Reserven ersucht. Der Versicherer, dessen Gesuch um Reserveabbau für das kommende Jahr genehmigt werden konnte, hat denn auch aufzeigen können, dass seine Reserven auch bei ungünstiger Entwicklung ausreichend wären.

3.3 Genehmigung der Prämien 2017

Die Krankenversicherer legten im Frühsommer 2016 ihre Prämien für das Jahr 2017 aufgrund der zu erwartenden Kosten fest. Sie reichten die neuen Prämien zusammen mit den Angaben zur Anzahl Versicherten, den Hochrechnungen des laufenden Jahres (2016) und dem Budget des folgenden Jahres (2017) per 31. Juli 2016 der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung ein.

Die Prüfung und Genehmigung der Prämieingaben der Versicherer erfolgte erstmals auf Basis des neuen Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG) bzw. seiner Ausführungsbestimmungen. Diese haben die Rolle der Aufsichtsbehörde bei der Prämien genehmigung gestärkt. So hat die Aufsicht neu beispielsweise die Kompetenz, eine tiefere Prämie zu verlangen, wenn die eingegebenen Prämien unangemessen hoch über den erwarteten Kosten liegen.

Mit der Genehmigung der Prämientarife wird sichergestellt, dass die Prämien den rechtlichen Bestimmungen entsprechen, für jeden Kanton kostendeckend sind (womit Quersubventionierung einzelner Kantone unterbunden wird) und die Versicherer über ausreichend hohe Reserven verfügen, um die Risiken von unerwarteten Entwicklungen decken zu können.

Die Aufsichtsbehörde prüft die Prämien im Bereich der OKP (für Schweizer Versicherte sowie für Versicherte mit Wohnsitz in der EU, die sich nach KVG versichern) sowie für die freiwillige Einzeltaggeldversicherung nach KVG. Im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung für Schweizer Versicherte wurden von 53 Versicherern 252 526 Prämien zur Genehmigung unterbreitet. Die Versicherer sind im Durchschnitt in 20 Kantonen tätig – zu prüfen waren somit die Prämien für 1050 Risikokollektive. Davon haben 24 Versicherer auch eine EU-Versicherung. Sechs Versicherer bieten ausschliesslich die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG an.

Basierend auf der individuellen Reservesituation der Versicherer sowie den Kapitalerträgen, mit denen der Versicherer rechnen kann, schätzt die Aufsichtsbehörde die Combined Ratio. Kann ein Versicherer aufgrund hoher Reserven mit hohen Kapitalerträgen rechnen, so kann seine Combined Ratio 100 % durchaus leicht übersteigen, muss er dagegen Reserven aufbauen, ist eine Combined Ratio von deutlich unter 100 % anzustreben.

Aufgrund von Kostenprognosen, Erfahrungswerten und Vergleichen zwischen Versicherern hat die Aufsichtsbehörde die eingegebenen Hochrechnungen und Budgets für die Geschäftsjahre 2016 und 2017 plausibilisiert.

Die Aufsichtsbehörde hat geprüft, ob die eingegebenen Prämien auf nationaler Ebene eine Combined Ratio erzielen dürften, welche die finanzielle Sicherheit gewährleistet. War diese gegeben, wurde auf kantonaler Ebene die Kostendeckung der Prämien geprüft, das heisst, ob der Versicherer mit der Prämieingabe eine Angleichung der kantonalen Combined Ratios angestrebt hat. Zusätzlich wurde die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen betreffend Rabatte überprüft.

Da nicht alle Eingaben den Anforderungen entsprachen, musste die Aufsichtsbehörde diverse Neueingaben fordern. Die Aufsicht konnte schliesslich bei allen Versicherern die Prämien für das Jahr 2017 genehmigen, bei einem Versicherer bis Ende Juni 2017.

Die gesamtschweizerische durchschnittliche Prämienerrhöhung der ordentlichen Versicherung für Erwachsene (ab 25 Jahre; Franchise 300 CHF, Unfalldeckung eingeschlossen) beträgt 4,5 %. Die durchschnittliche Prämienerrhöhung für junge Erwachsene (19 bis 25 Jahre; Franchise 300 CHF, Unfalldeckung eingeschlossen) beträgt 5,4 %. Die

Prämien für Kinder steigen im Durchschnitt um 6,6 % (bis 18 Jahre; Franchise 0 CHF, Unfalldeckung eingeschlossen).

3.4 Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen

Das neue KVAG erlaubt es den Versicherern, einen Prämienausgleich beim BAG zu beantragen, wenn die Prämieinnahmen eines Versicherers in einem Kanton in einem Jahr deutlich über den kumulierten Kosten in diesem Kanton lagen, sodass das Gleichgewicht zwischen Prämien und Kosten wieder hergestellt wird. Somit können Versicherte eine Prämienrückerstattung erhalten, wenn sie in einem Kanton leben, in dem sich die Prämien des Versicherers im Nachhinein als zu hoch erwiesen bzw. die Kosten für medizinische Behandlungen tiefer ausgefallen sind, als bei der Prämienfestsetzung erwartet.

Die Aufsichtsbehörde hat im Jahr 2016 ein Gesuch eines Versicherers zum Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen erhalten und bewilligt. Für das Geschäftsjahr 2015 wurde beantragt, die Prämieinnahmen in drei Kantonen auszugleichen. Betroffen von der Rückerstattung waren insgesamt rund 12 600 Versicherte, welche am 31. Dezember 2015 beim Gesuchsteller versichert waren. Der genehmigte Rückvergütungsbetrag pro Versicherten betrug zwischen 65 und 162 CHF und wurde noch im Jahr 2016 ausbezahlt.

3.5 Kapitalanlagen

Die Versicherer sind verpflichtet, ihr Vermögen sorgfältig anzulegen, zu verwalten und zu überwachen. Die Versicherungsaufsicht des BAG überprüft jährlich, ob das Vermögen der Versicherer in zulässige Anlagekategorien investiert wurde und ob die Begrenzungen pro Anlagekategorie eingehalten worden sind.

Per 1. Januar 2016 wiesen die Versicherer in der obligatorischen Grundversicherung 12 Mrd. CHF aus, von denen über 60 % in Obligationen, 19 % in Aktien (Obergrenze 25 %) und 14 % in Immobilien (Obergrenze 25 %) investiert waren. Der Vergleich mit dem Vorjahr hat gezeigt, dass es zu keinen grösseren Verschiebungen gekommen ist (Obligationen 59 %, Aktien 18 % und Immobilien 15 %).

Innerhalb der obigen drei Hauptanlageklassen gelten weitere verbindliche Obergrenzen:

- Maximal 5 % der Anlagen dürfen auf einen einzigen Schuldner fallen, ausser es handle sich beim Schuldner um die Schweizerische Eidgenossenschaft, einen Kanton oder ein Pfandbriefinstitut.
- Maximal 5 % der Immobilien dürfen sich im Ausland befinden.
- Maximal 20 % der Anlagen dürfen in nicht abgesicherten Fremdwährungen investiert sein.

Die Versicherungsaufsicht stellte fest, dass die Versicherer im Jahr 2015 die Anlagevorschriften grösstenteils erfüllt haben. Versicherer, welche die Vorgaben des BAG nicht eingehalten haben, wurden entsprechend angeschrieben.

3.6 Rückversicherung im KVG

Seit Einführung des KVAG müssen auch die Rückversicherungsverträge und deren Prämien genehmigt werden. Da der Rückversicherungsvertrag eng mit den Prämien gekoppelt ist, betrifft die Genehmigung den Vertrag zusammen mit den Prämien.

Rund die Hälfte der Krankenversicherer war im Jahr 2016 durch Rückversicherungsverträge geschützt. Die Rückversicherungsleistungen und Prämien können für jeden Versicherer auf der Website des BAG unter *Themen > Versicherungen > Krankenversicherung > Versicherer und Aufsicht > Reporting > Betriebsrechnungen und Bilanzen bzw. Archiv* für die letzten 10 Jahre eingesehen werden.

Bei der Prüfung der Prämien wird überprüft, ob die Prämien des neuen Vertrags den übernommenen Risiken entsprechen. Es wird der individuellen Situation der Versicherer und des Vertragstyps Rechnung getragen.

3.7 Audit

Primäres Ziel ist, zu prüfen, ob die rechtlichen Bestimmungen nach KVAG und KVG von den Versicherern korrekt angewendet und eingehalten werden (*Compliance*). Bei den Audits vor Ort wurde der Fokus auf die Gleichbehandlung der Versicherten gelegt, zudem wurde analysiert, ob die Krankenversicherer Risikoselektion betreiben. Ein weiteres Kernthema war die Organisation des Datenschutzes und der Datensicherheit im Umgang mit besonders schützenswerten Personendaten innerhalb des Versicherers.

Alle Versicherer werden anhand risikobasierter Kriterien nach einem Ratingsystem analysiert und eingestuft. Das Rating enthält 17 Themenbereiche, welche aus quantitativen und teilweise auch qualitativen Kriterien erhoben werden. Anhand der Ergebnisse aus dem Rating und weiteren Hinweisen werden die Versicherer für das Audit bestimmt.

Bei den *Governance-Themen* sind im Hinblick auf die Einführung des KVAG und der KVAV per 1. Januar 2016 das Risikomanagement, das Interne Kontrollsystem und die Interessenkonflikte analysiert worden. Die grossen Krankenversicherer bzw. die Krankenversicherergruppen haben sich bereits intensiv mit der Umsetzung des KVAG und der KVAV befasst und Konzepte erarbeitet. Bei kleineren und mittleren Versicherern hat das Audit aufgezeigt, wo noch Handlungsbedarf besteht und Schwerpunkte zu setzen sind, um die neuen rechtlichen Anforderungen zu erfüllen. Dafür haben die Krankenversicherer eine Übergangsfrist bis zum 1. Januar 2018.

Bei den *Versicherungsleistungen OKP* hat das Audit festgestellt, dass die rechtlichen Bestimmungen zur Kostenübernahme und zur Erhebung der gesetzlichen Kostenbeteiligung bei Mutterschaftsleistungen unterschiedlich gehandhabt wurden. In der Folge wurden die während einer Schwangerschaft erbrachten Leistungen teilweise nicht vorschriftsgemäss abgerechnet. Weitere Beanstandungen des Audits erfolgten bei der gesetzlichen Erhebung des Spitalbeitrags, der Kostenzuteilung von stationären jahresübergreifenden Behandlungskosten sowie bei der statistischen Leistungserfassung.

Im Prüfbereich *Datenschutzkonforme Organisation* waren hauptsächlich die Erfassung besonders schützenswerter Personendaten im elektronischen Versichertendossier und die Zugriffe darauf zu beanstanden. Bei der Zertifizierung der Papierprozesse in der Datenannahmestelle (DAS) oder der Bearbeitung vertrauensärztlicher Fälle, bzw. der Bekanntgabe von Gesundheitsdaten durch den vertrauensärztlichen Dienst, wurden ebenfalls Anpassungen verlangt.

Bei der Prüfung *Prämienkonformität* standen Themen wie die Zuteilung der vom EDI vorgeschriebenen Prämienregionen auf Gemeindeebene oder die Fälligkeit der Prämien im Zentrum.

Bei der *Versicherungspflicht* waren die Angaben auf den Beitrittsformularen OKP teilweise nicht vorschriftsgemäss und führten zu entsprechenden Anpassungen. Im Standardschreiben Ablehnung von Zusatzversicherungen nach VVG wurde der Aufnahmeprozess bemängelt. Zudem wurden fehlerhafte Prozesse bei den unterjährigen Bei- und Austritten, der Sistierung der Unfalldeckung sowie bezüglich der Teilbarkeit der Prämie festgestellt.

Die Versicherer werden mittels Weisungen beauftragt, innert einer bestimmten Frist Massnahmen zu treffen. Die Umsetzung der Weisungen haben die Versicherer schriftlich zu bestätigen, und die entsprechenden Massnahmen sind allenfalls zu dokumentieren.

3.8 Sichernde Massnahmen

Im Jahr 2016 hat die Aufsichtsbehörde bei einem Versicherer die sichernde Massnahme der unterjährigen Prämienhöhung verfügt. Der Versicherer musste per 1. September 2016 die Prämien im Durchschnitt um 20% erhöhen. Die Beurteilung der finanziellen Situation des betroffenen Versicherers hatte ergeben, dass diese gefährdet ist. Dies, da der Versicherer einen massiven Zuwachs an neuen Versicherten für das Jahr 2016 zu verzeichnen hatte und zudem eine Verschlechterung des Versichertenbestandes im Jahr 2015 konstatieren musste.

3.9 Behandelte Verfahren

Die Aufsichtsbehörde hat verschiedene Massnahmen gegenüber den sozialen Krankenversicherern ergriffen, welche im Berichtsjahr 2016 vor dem Bundesverwaltungsgericht bzw. vor dem Bundesgericht hängig waren. Die Aufsichtsbehörde äussert sich in diesen gerichtlichen Vernehmlassungsverfahren zu den Beschwerden, welche die betreffenden Versicherer gegen die Massnahmen erheben.

Mit einem Entscheid vom Juli 2016 hatte das Bundesverwaltungsgericht eine Verfügung der Aufsichtsbehörde aus dem Jahr 2014 geschützt. Der Krankenversicherer hat den Entscheid vor dem Bundesgericht angefochten. Gegenstand des Verfahrens ist die Zulässigkeit der Rückerstattung von Prämieeinnahmen.

- In einem Beschwerdeverfahren, welches im Jahr 2015 beim Bundesverwaltungsgericht anhängig gemacht wurde, ist ein Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts noch ausstehend. Gegenstand des Verfahrens sind verschiedene Bestimmungen des KVG, deren Einhaltung die Aufsichtsbehörde beanstandet hatte.
- Die Beschwerde gegen eine unterjährige Prämienhöhung, welche die Aufsicht erstmals als sichernde Massnahme gestützt auf das KVAG angeordnet hatte, konnte durch Beschwerderückzug erledigt werden.
- In verfahrensrechtlicher Angelegenheit hatte das Bundesverwaltungsgericht im Jahr 2015 vier Entscheide gestützt auf Weisungen der Aufsichtsbehörde gefällt, von denen drei von den betroffenen Krankenversicherern an das Bundesgericht weitergezogen wurden. Das Bundesgericht ist auf diese Beschwerden nicht eingetreten. Streitgegenstand waren verfahrensrechtliche Fragen. Die drei Krankenversicherer haben in der Folge weitere drei Beschwerden an das Bundesverwaltungsgericht erhoben. Gegenstand der Verfahren ist die Finanzierung der Einmalzuschläge der Prämienkorrektur.
- Zwei Krankenversicherer sowie eine Holding haben im Berichtsjahr gegen Verfügungen der Aufsichtsbehörde ein Verfahren vor Bundesverwaltungsgericht anhängig gemacht. Gegenstand des Verfahrens sind Zuschüsse zur Stärkung der Solvenz im Geschäftsjahr 2015.

4 Aufsicht über die Unfallversicherer im Bereich des UVG

4.1 UVG-Tarife

Alle in der Schweiz tätigen Betriebe sind verpflichtet, für ihre Angestellten bei einem zugelassenen UVG-Versicherer eine Versicherung in der Berufsunfallversicherung (BU) und Nichtberufsunfallversicherung (NBU) abzuschliessen. Ein Teil der Betriebe ist fest bei der Suva und zwei anderen öffentlich-rechtlichen Versicherern versichert, während die anderen Betriebe einen der zugelassenen Privat- und Krankenversicherer auswählen können.

Die Prämien müssen risikogerecht sein. Da die Betriebe je nach Branche unterschiedliche (Berufs-) Risiken aufweisen, sind die Prämienätze im Allgemeinen unterschiedlich und werden von den Versicherern in ihren UVG-Tarifen festgeschrieben. Seit der Tarifliberalisierung im Jahr 2007 legt jeder Versicherer seinen Tarif selber fest.

Die Aufsichtsbehörde hat in den letzten Jahren die UVG-Tarife jährlich von den Versicherern verlangt. Als Grundlage für die Überprüfung stehen für alle Versicherer einheitliche Statistiken (Risiko-statistiken) sowie die Betriebsrechnungen zur Verfügung. Die Auswertungen der Aufsichtsbehörde haben gezeigt, dass die UVG-Tarife der meisten Versicherer in der Vergangenheit im Durchschnitt über alle Berufsgruppen zu hoch waren und in vielen Fällen nur wenig vom Gemeinschaftstarif vor der Liberalisierung abwichen. Zu hohe Prämienätze in den Tarifen führen vor allem für kleinere Betriebe zu hohen Prämien. Bei grösseren Betrieben wird im Allgemeinen bei der Festlegung der Prämien auch der Schadenaufwand des Betriebes in den Vorjahren mitberücksichtigt. Die Aufsichtsbehörde hat festgestellt, dass vor allem die Prämien kleinerer Betriebe tendenziell zu hoch sind, während die Prämien grösserer Betriebe häufig korrekt oder in einigen Fällen auch zu tief sind. Insgesamt haben sich die Prämienvolumen im Durchschnitt über alle Betriebe seit Einführung der Liberalisierung auf einem ungefähr kostendeckenden Niveau eingependelt.

Auf Weisungen der Aufsichtsbehörde haben die Versicherer ihre Tarife in der Zwischenzeit überprüft und in vielen Fällen die Prämienätze gesenkt.

4.2 Betriebsrechnungen

Die UVG-Versicherer sind verpflichtet, für jedes Rechnungsjahr eine Betriebsrechnung je Versicherungszweig (Berufsunfälle, Nichtberufsunfälle, freiwillige Versicherung) zu erstellen. Per Ende Juni 2016 lagen der Aufsichtsbehörde alle Betriebsrechnungen der insgesamt 30 Unfallversicherer (private Versicherungsunternehmen gemäss VAG, öffentliche Unfallversicherungskassen, Krankenkassen gemäss KVG sowie der Ersatzkasse) vor.

Die Aufsichtsbehörde hat die Betriebsrechnungen in eine Datenbank eingelese und inhaltliche Analysen und Plausibilitätsprüfungen durchgeführt. Diese Kontrollen beinhalteten unter anderem:

- Prämienentwicklung
- Schadenverlauf
- Entwicklung der Rückstellungen und des Deckungskapitals
- Abwicklungsergebnisse
- Effektive Verwaltungskosten und Prämienzuschläge für Verwaltungskosten

Aus den Prüfungshandlungen ergaben sich insgesamt rund 100 Rückfragen. Die Klärung der Rückfragen fand im schriftlichen Dialog statt. 7 der 30 Unfallversicherer haben im Rahmen der Klärung der Rückfragen Korrekturen an ihren Betriebsrechnungen vornehmen müssen und diese erneut eingereicht.

Neben den eingeforderten Korrekturen war in zehn Fällen festzustellen, dass die Zuschläge für Verwaltungskosten nicht ausreichend waren, um die tatsächlichen Kosten zu decken. Die betroffenen UVG-Versicherer sind angehalten worden, die Situation mit Erhöhungen des Verwaltungskostenzuschlages zu verbessern.

5 Aufsicht über die Militärversicherung

Die Berufsmilitärs haben eine angemessene Prämie für die Leistungen der Militärversicherung im Krankheitsfall zu entrichten. Das Gleiche gilt für die pensionierten Berufsmilitärs die eine freiwillige Grundversicherung analog zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG bei der Militärversicherung abschliessen können. In beiden Fällen beträgt die Prämie 2,3 % des Höchstbetrages des versicherten Jahresverdienstes (ab 1. Januar 2017: 152276 CHF).

Weil die Prämienanpassung in der Militärversicherung nicht wie in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Kostenentwicklung, sondern dem Verlauf des versicherten Höchstverdienstes folgt, hält sie nicht Schritt mit dem Wachstum der Krankheitskosten der beruflich und freiwillig Versicherten. So stiegen die Defizite dieser Versicherung von 0,8 Mio. CHF im Jahre 2012 auf über 4,0 Mio. CHF im Jahre 2015. Der Kostendeckungsgrad nahm ebenfalls kontinuierlich ab und fiel im Jahr 2015 unter 80 %, mit der Perspektive,

in den folgenden Jahren auf 70 % zu fallen. Im Rahmen der Botschaft zum Stabilisierungsprogramm 2017–2019 sind daher Gesetzesvorschläge eingebracht worden, um eine Erhöhung der Prämien in der Militärversicherung zu erreichen.

Ziel ist es, die effektiven Kosten der Militärversicherung (Heilungskosten und Verwaltungskostenbeitrag) für die Krankenversicherung der beruflich und freiwillig Versicherten zu mindestens 80 % zu decken. Im ersten Jahr der Inkraftsetzung der neuen gesetzlichen Grundlagen wird sich die Prämie auf rund 340 CHF pro Monat erhöhen, was bezogen auf die gestützt auf das geltende Recht im Jahre 2017 massgebende Prämie von ungefähr 292 CHF pro Monat einem einmaligen Anstieg von 16 % entspricht. In den Folgejahren wird zur Zielerreichung ein Prämienanstieg von schätzungsweise 4 bis 5 % pro Jahr erforderlich sein.

6 Aufsicht über die Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG)

Die Aufsichtsbehörde nimmt die Aufsicht über die GE KVG im Jahr 2016 erstmals nach dem KVAG wahr.

Bei der Durchführung der zwischenstaatlichen Leistungsaushilfe ist die GE KVG Verbindungsstelle und aushelfende Trägerin, welche die Leistungsgewährung zulasten der ausländischen Versicherung sicherstellt. Anfang Jahr reicht die GE KVG für das übernächste Jahr das definitive Budget zur Finanzierung der Aufgaben durch den Bund im Bereich der internationalen Verpflichtungen ein. Während des laufenden Jahres stellt die GE KVG der Aufsichtsbehörde quartalsmässig Akontorechnungen zu, sodass sie ihren Verpflichtungen nachkommen kann. Die Endabrechnung erfolgt mit der jährlichen Eingabe der Betriebsrechnung. Für das Jahr 2016 betragen die Verwaltungs- und Kapitalkosten 2,7 Mio. CHF.

Im Spätherbst 2015 erstellte die GE KVG ausserdem einen Antrag für die Prämienverbilligung für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen. Im Jahr 2016 wurden für die Prämienverbilligung für Versicherte mit Wohnsitz in EU-/EFTA-Ländern knapp 1,2 Mio. CHF ausbezahlt. Der allenfalls nicht ausgeschöpfte Betrag wird auf das nächste Rechnungsjahr übertragen.

Die GE KVG reicht der Aufsichtsbehörde jährlich die folgenden Unterlagen ein:

- den publizierten Jahresbericht,
- eine Bilanz,
- eine Betriebsrechnung für jeden Aufgabenbereich,
- eine Gesamtbetriebsrechnung ,
- eine Übersicht über die Reserven im Bereich der Prämienverbilligung,
- den Bericht der Revisionsstelle,
- statistisches Zahlenmaterial im Bereich der Prämienverbilligung.

Die Aufsichtsbehörde prüft anhand der erhaltenen Unterlagen die finanzielle Situation der GE KVG und wacht darüber, dass diese die ihr übertragenen Aufgaben gesetzeskonform durchführt. Offene Fragen oder Unklarheiten werden laufend mit der GE KVG bzw. mit der Revisionsstelle geklärt.

Die Reglemente der GE KVG bedürfen der Genehmigung durch das Departement. Die Aufsichtsbehörde prüft Änderungen und neue Reglemente zuhanden des Departementes vor. Im Berichtsjahr hat die Aufsichtsbehörde Änderungen des Anlage-reglements Insolvenzfonds vorgeprüft.

7 Weitere Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Aufsicht

7.1 Aufsichtsdaten

Die Aufsicht über die Kranken- und Unfallversicherung stützt sich auf bestimmte statistische Arbeiten, die Grundinformationen liefern sollen, damit die Aufsichtsbehörde ihrer Aufgabe nachkommen kann und die breite Öffentlichkeit informiert ist, was zur Transparenz des schweizerischen Gesundheitssystems beiträgt.

Darin enthalten sind Informationen zur finanziellen Lage der Krankenversicherer sowie zu ihrer Tätigkeit, ihrer Solvenz, ihrem Versichertenbestand und ihren Leistungen, um nur einige Beispiele zu nennen. Diese Daten pro Versicherer werden auch für das gesamte Land aggregiert, wodurch man Schlüsselwerte wie die gesamten Leistungen, den gesamten Versichertenbestand oder die Gesamtsumme der Prämien erhält. Diese Daten bilden die offizielle Informationsquelle zur obligatorischen Krankenversicherung. Ein Grossteil dieser Daten wird jährlich vom BAG veröffentlicht (Statistik der obligatorischen Krankenversicherung) und ist für alle zugänglich.

7.2 Versichertenanfragen

Die Aufsichtsbehörde hat im Jahr 2016 rund 3700 schriftliche und 5500 telefonische Anfragen erhalten. Die Anfragen sind vielseitig und betreffen das ganze Spektrum der sozialen Krankenversicherung. Ein grosser Anteil betrifft den Versicherungsabschluss und den Versichererwechsel, viele Fragen rund um die Prämien, zu Leistungsverzögerungen und Leistungsablehnungen, zur Kostenbeteiligung namentlich bei Mutterschaft. Eine steigende Anzahl Anfragen weist einen Auslandsbezug auf. Neben vielen Privatpersonen erkundigen sich zahlreiche andere Stellen (Behörden, Unternehmen, Verbände, ausländische Stellen) nach der Rechtslage.

7.3 Prämienkorrektur 2016

Zwischen 1996 und 2013 sind in den Kantonen Ungleichgewichte zwischen den Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP, Grundversicherung) und den Kosten für die medizinischen Leistungen entstanden. In gewissen Kantonen war das Verhältnis der Prämien zu den Kosten tiefer als in anderen Kantonen. Im März 2014 hat das Parlament einen Teilausgleich dieser Ungleichgewichte im Umfang von insgesamt 800 Mio. CHF beschlossen. Dieser Betrag wird zu je einem Drittel vom Bund, den Versicherern und den Versicherten jener Kantone finanziert, in denen zu tiefe Prämien bezahlt wurden.

Die Versicherten in elf Kantonen bezahlten 2016 einen Prämienzuschlag. Die Prämienzuschläge betragen für die Versicherten in den Kantonen Appenzell-Ausserrhoden, Basel-Landschaft, Bern, Glarus, Jura, Nidwalden, Obwalden, Schaffhausen, Solothurn und Uri 48 CHF, im Kanton Luzern waren es 18 CHF. Aus diesen Zuschlägen resultiert insgesamt eine Summe von rund 99,3 Mio. CHF.

Die Krankenversicherer bezahlten 2016 den Versicherten in den Kantonen Appenzell-Innerrhoden, Freiburg, Genf, Graubünden, Tessin, Thurgau, Waadt, Zug und Zürich insgesamt 188 Mio. CHF aus. Die Aufteilung auf die Kantone erfolgte anteilig gemäss dem Betrag, um den ihre Prämien in der Vergangenheit zu hoch ausgefallen sind.

Die 188 Mio. CHF setzen sich aus zwei Beträgen zusammen: Der Bund leistete 2016 einen Beitrag von 88,7 Mio. CHF, der in Form einer «Prämienrückerstattung» an die Versicherten ausbezahlt wurde. Die Versicherten mit Wohnsitz in den Kantonen, in denen in der Vergangenheit zu tiefe Prämien bezahlt wurden, finanzierten zusammen die restlichen 99,3 Mio. CHF. Diese wurden in Form eines «Prämienabschlags» an die Versicherten mit Wohnsitz in jenen Kantonen ausbezahlt, in denen in der Vergangenheit zu hohe Prämien bezahlt worden sind.

Nächstes Jahr werden abschliessend rund 363 Mio. CHF zurückerstattet. Diese Summe setzt sich zusammen aus dem Bundesbeitrag von CHF 88,7 Mio. CHF sowie dem Beitrag der Versicherer in Höhe von rund 274 Mio. CHF 2017 wird

kein Prämienzuschlag mehr erhoben, da mit den Prämienzuschlägen der Jahre 2015 und 2016 der von den Versicherten zu leistende Beitrag von maximal 266 Mio. CHF bereits erreicht wurde.



8 Anhänge

8.1 Änderung der Verordnung des EDI über die Reserven in der sozialen Krankenversicherung auf den 1. Januar 2017 (ResV-EDI)

Einbezug der Reserven der Unfallversicherung nach UVG

Das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) verpflichtet die Versicherer, zum Ausgleich von Schwankungen der Betriebsergebnisse Reserven zu bestellen. Dabei ermächtigt es den Bundesrat, Richtlinien zu erlassen (Artikel 90 Absatz 3 UVG in der Fassung vom 25. September 2015, die auf den 1. Januar 2017 in Kraft getreten ist).

Gestützt auf diese Bestimmung hat der Bundesrat die Versicherer, welche die Unfallversicherung nach UVG durchführen, verpflichtet, ihre relevanten Risiken in diesem Bereich nach den Artikeln 10 bis 13 der KVAV zu quantifizieren und der Aufsichtsbehörde jährlich darüber Bericht zu erstatten (Artikel 111 Absatz 3 UVV in der Fassung vom 9. November 2016, die am 1. Januar 2017 in Kraft getreten ist).

Infolge dieser Anpassung hat das EDI das elektronische Formular der ResV-EDI so geändert, dass die Versicherer, welche die Unfallversicherung nach UVG durchführen, ihre relevanten Risiken nicht nur nach KVAG, sondern auch nach UVG quantifizieren und ihre Reserven nach UVG und KVAG zusammenführen und ihrer Mindesthöhe der Reserven nach UVG und KVAG gegenüberstellen.

Heute führen drei Versicherer nach KVAG neben der sozialen Krankenversicherung auch die Unfallversicherung nach UVG durch.

Ermittlung der vorhandenen Reserven

Der Wert der Reserven ist als Differenz zwischen dem Wert der Aktiven und dem Wert der Verpflichtungen definiert.

Deshalb wurden bei der Ermittlung der vorhandenen Reserven (Berechnung des Kernkapitals, Anrechnung von ergänzendem Kapital) Änderungen vorgenommen.

8.2 Revision der Verordnung des EDI über die Prämienregionen

Die Verordnung des EDI vom 25. November 2015 über die Prämienregionen (SR 832.106) wurde am 24. November 2016 geändert. Diese Änderung, die am 1. Januar 2017 in Kraft tritt, besteht aus einer Aktualisierung des Verordnungsanhangs mit der Liste der Schweizer Gemeinden und ihrer Einteilung in eine Prämienregion. Der Anhang musste infolge von Gemeindefusionen aktualisiert werden, die im Laufe des Jahres 2016 in Kraft getreten sind oder ab 1. Januar 2017 wirksam werden.

8.3 Änderung der Verordnung des BAG über Rechnungslegung und Berichterstattung in der sozialen Krankenversicherung

Bei Erfüllen bestimmter Voraussetzungen, die im KVAG und in der KVAV festgehalten sind, ist den Versicherern ein Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen und ein Abbau von übermässigen Reserven gestattet. Um die volle Nachvollziehbarkeit und Transparenz über die Geldflüsse zu gewährleisten, müssen die Versicherer die Geldflüsse separat und einheitlich verbuchen. Zu diesem Zweck musste der Kontenplan, welcher einen Anhang der Verordnung über Rechnungslegung und Berichterstattung in der sozialen Krankenversicherung (SR 832.121.1) bildet, auf den 1. Januar 2017 mit insgesamt vier neuen Konten ergänzt werden. Hierzu bedurfte es einer Änderung der Verordnung über Rechnungslegung und Berichterstattung in der sozialen Krankenversicherung, die die Aufsichtsbehörde am 24. November 2016 verabschiedet hat.

Die Änderung der Verordnung wird in der AS publiziert. Den Kontenrahmen in der neuen, ab 1. Januar 2017 gültigen Fassung finden Sie auf der Website des BAG unter *Themen > Versicherungen > Krankenversicherung > Versicherer und Aufsicht > Reporting > Rechnungslegung und Berichterstattung*.

9 Glossar

Audit

Audits sind Inspektionen, die direkt bei den Krankenversicherern durchgeführt werden.

Bedarfsdeckungsverfahren

Das Bedarfsdeckungssystem bedeutet, dass die eingehenden Prämien eines Jahres ausreichen müssen, um den ganzen Bedarf bzw. alle Ausgaben des Krankenversicherers desselben Jahres zu decken.

Combined Ratio

Die Combined Ratio ist eine Kennzahl, die das Verhältnis zwischen Kosten (Versicherungs- und Betriebsaufwand) und Prämien zum Ausdruck bringt. Eine Combined Ratio von unter 100 % bedeutet, dass die Prämien des Versicherers dessen Kosten zu decken vermögen.

Compliance

Unter dem Begriff Compliance wird die Einhaltung von Gesetzen, Normen verstanden.

EF-ABWD (Erhebungsformular Abwicklungsdreieck)

Die Krankenversicherer bestimmen mit dem Abwicklungsdreieck ihren Bedarf an versicherungstechnischen Rückstellungen. Durch das Abwicklungsdreieck kann die zukünftige Entwicklung der Leistungen (Versicherungsaufwand) prognostiziert werden. Es stehen unterschiedliche Verfahren zur Auswahl, zu denen das Chain-Ladder-Verfahren gehört.

Gebundenes Vermögen

Der Sollbetrag des gebundenen Vermögens entspricht den versicherungstechnischen Rückstellungen. Die Versicherer müssen die Ansprüche aus den Versicherungsverhältnissen und Rückversicherungsverträgen durch ein gebundenes Vermögen sicherstellen.

Risikokollektive

Unter diesem Begriff wird die Zusammenfassung von Gruppen (Altersgruppen, Kantone oder Versicherungsmodelle) verstanden.

Versicherungstechnische Rückstellungen

Die Versicherer sind verpflichtet, angemessene versicherungstechnische Rückstellungen zu bilden. Diese umfassen Leistungsrückstellungen zur Deckung der Kosten von bereits durchgeführten, aber noch nicht abgerechneten Behandlungen, die Rückstellungen von noch nicht abgerechneten Versicherungsfällen in der freiwilligen Taggeldversicherung sowie Alterungsrückstellungen der freiwilligen Taggeldversicherung, falls die Prämien nach dem Eintrittsalter abgestuft werden.

10 Abkürzungsverzeichnis

<i>AS</i>	Amtliche Sammlung des Bundesrechts
<i>BAG</i>	Bundesamt für Gesundheit
<i>BU</i>	Betriebsunfall
<i>DAS</i>	Datenannahmestelle
<i>EDI</i>	Eidgenössisches Departement des Innern
<i>EDÖB</i>	Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter
<i>EXPERTsuisse</i>	Expertenverband für Wirtschaftsprüfung, Steuern und Treuhand
<i>FINMA</i>	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
<i>GE KVG</i>	Gemeinsame Einrichtung KVG
<i>IKS</i>	Internes Kontrollsystem
<i>KVAG</i>	Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (SR 832.12)
<i>KVAV</i>	Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (SR 832.121)
<i>KVG</i>	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)
<i>KVV</i>	Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102)
<i>NBU</i>	Nichtbetriebsunfall
<i>OKP</i>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<i>RAB</i>	Eidg. Revisionsaufsichtsbehörde RAB
<i>ResV-EDI</i>	Verordnung des EDI über die Reserven in der sozialen Krankenversicherung (SR 832.102.15)
<i>SR</i>	Systematische Sammlung des Bundesrechts
<i>SUVA</i>	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
<i>UV</i>	Unfallversicherung
<i>UVG</i>	Bundesgesetz über die Unfallversicherung (SR 832.20)
<i>UVV</i>	Verordnung über die Unfallversicherung (SR 832.202)
<i>VAG</i>	Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (SR 961.01)
<i>VVG</i>	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (SR 221.229.1)



