



FAQ zum KVG-Solvenztest

Datum:

1. Februar 2023

Die FAQ („frequently asked questions“, also die häufig gestellten Fragen) zum KVG-Solvenztest und zur zugehörigen Wegleitung sind in diesem Dokument als Liste aufgeführt. Die Frage des Krankenversicherers steht in kursiver, die Antwort des BAG in normaler Schrift.

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, Abteilung Versicherungsaufsicht, Sektion Prämien und Solvenzaufsicht ; www.bag.admin.ch/solvenztest

1. *Wenn man unsere geschätzten Risikoausgleichsbestände für das aktuelle Jahr in die Tabelle «Risk_Compensation» einfügt, unterscheidet sich der Erwartungswert des Risikoausgleichs in diesem Tabellenblatt (Zelle J5) zu jenem im Tabellenblatt «HE_Insurance_Risk» (Zelle P50) erheblich. Ist das ein Problem?*

Grundsätzlich steht es dem Versicherer frei, ob er den berechneten Erwartungswert des Risikoausgleichs aus dem Blatt «Risk_Compensation» in das Tabellenblatt «HE_Insurance_Risk» übernimmt oder nicht. Unterschiedliche Angaben sind jedoch in jedem Fall im Bericht zum KVG-Solvenztest zu begründen.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu erwähnen, dass der Versicherer, neben den Risikoausgleichsbeständen, auch die Ausgleichssätze und Zuschläge für PCG im Tabellenblatt «Risk_Compensation» schätzen muss (siehe Wegleitung Kapitel 8.2.2 bzw. Technischer Anhang Kapitel 2.3). Es handelt sich bei den bereits eingetragenen Werten im Template um **Default Werte** des Risikoausgleichs des Jahres 2021. Es liegt in der Verantwortung des Versicherers, ob er diese Default Werte verwendet oder gegebenenfalls eigene Werte schätzt und eingibt. Das BAG empfiehlt eine kritische Überprüfung der Default-Sätze, insbesondere bei nicht plausiblen Erwartungswerten.

2. *Müssen bei der Position «Nettoleistungen 2023 in Fr.» im BAG 0 auch die «Sonstigen Leistungen» (gemäss BAG-Kontenrahmen: 430, 431 und 432) erfasst werden?*

Die Nettoleistungen sind in den ST-Tabellenblätter «BAG 0» und «Zufallsrisiko_NL» ohne «Sonstige Leistungen» auszuweisen, da die Nettoleistungen dort nach Franchisen bzw. nach Risikogruppen unterteilt werden müssen.

Bei den Konti 430, 431 und 432 (vgl. Kontenrahmen BAG) handelt es sich um Leistungen, die nicht direkt einer versicherten Person zugeordnet werden können (höchstens indirekt via Verteilungsschlüssel). Sollte dies doch nicht der Fall sein, sind in der Berichtsvorlage ST entsprechend Erläuterungen anzubringen. Dies gilt auch für eine allfällige Differenz der Summe der Nettoleistungen für das laufende Jahr im Blatt «Zufallsrisiko_NL» und derjenigen im Blatt «HE_Insurance_Risk».

3. *Müssen die Nettoleistungen im Blatt „Zufallsrisiko_NL“ den Leistungen im Buchjahr oder den Leistungen im Behandlungsjahr entsprechen?*

Im technischen Anhang steht unter 2.3 im ersten Absatz: «Für die Nettoleistungen werden die Schätzungen des Erwartungswerts und des Zufallsrisikos im Blatt 35 «Zufallsrisiko_NL» vorgenommen. Dort tragen die Versicherer die geschätzten Risikobestände und Nettoleistungen (in Mio. CHF) pro Risikoklasse in der Summe über alle Kantone für das **Geschäftsjahr** und das **Vorjahr ein.**» und in der Wegleitung unter 8.2.2.: «Bei den bis Ende Jahr abgerechneten Nettoleistungen inkl. Rückstellungen handelt es sich um die erwarteten Verpflichtungen aus **Behandlungen im entsprechenden Jahr**».

Das Geschäftsjahr ist hier als aktuelles Jahr zu verstehen. Die Nettoleistungen im Blatt «Zufallsrisiko_NL» müssen nach dem **Behandlungsjahr** Prinzip eingeben werden.

4. *Aufgrund welcher Daten müssen die Versicherungen die Lasche Risk_Compensation ausfüllen (Risikoausgleich-Bestände sowie Abgabe- und Beitragssätze. Gibt es dafür Vorgaben?*

Das BAG ist sich der Schwierigkeit einer Schätzung des Risikoausgleich bewusst und berücksichtigt dies auch bei der Prüfung im Rahmen des KVG-Solvenztests. Da es jedoch Aufgabe der Versicherer ist den KVG-Solvenztest auszufüllen, gibt das BAG keine Vorgaben, wie die Risikoausgleich-Bestände (wie auch die Ausgleichs- und Beitragssätze) geschätzt werden müssen. Falls der berechnete Erwartungswert des Risikoausgleichs nicht plausibel erscheint, müssen die einge-

gebenen Daten (Bestände sowie Ausgleichs- und Beitragssätze) hinterfragt oder eine entsprechende Begründung im Bericht abgegeben werden.

5. *Angenommen, die Risikosituation hat sich für einen Krankenversicherer seit dem für den KVG-Solvenztest grundsätzlich geltenden Stichtag 1. Januar erheblich verändert. Wie muss ein Krankenversicherer damit umgehen?*

Wie auch in der Wegleitung (Kapitel 3.3) beschrieben, besteht für Krankenversicherer, die ihre Risikosituation aufgrund eines besonderen Ereignisses als erheblich verändert betrachten, gegenüber dem BAG eine Meldepflicht (vgl. Art. 12 Abs. 2 KVAV). Hat sich die Risikoexposition zwischen dem für den KVG-Solvenztest geltenden Stichtag (1. Januar) und dem Tag, an dem der Bericht zum KVG-Solvenztest von der Geschäftsleitung verabschiedet wird, erhöht, sind die Auswirkungen im Bericht zu erörtern. Das BAG entscheidet, ob aufgrund der erheblichen Änderung der Risikosituation der KVG-Solvenztest (oder Teile davon) mit einem aktuellen Stichtag nachgereicht werden muss.

6. *Wieso muss der KVG-Solvenztest mit Kenntnisstand 1. Januar ausgefüllt werden, auch wenn man bis zum Ausfüllen wesentliche neue Erkenntnisse gewonnen hat?*

Das Konzept des KVG-Solvenztests – wie auch des SST – ist die Betrachtung über ein volles Kalenderjahr (siehe Abschnitt 3.1 der Wegleitung). Ein Abweichen von diesem Prinzip hätte grössere Definitionsschwierigkeiten und eine völlig andere Beurteilung der Risikosituation zur Folge (man stelle sich beispielsweise vor, den KVG-Solvenztest mit Stichtag 24. Dezember auszufüllen: zu diesem Zeitpunkt ist die Prognoseungenauigkeit, wie hoch die Reserven per 31. Dezember sein werden, nicht mehr besonders hoch).

Das BAG reagiert selbstverständlich auf besondere Ereignisse auch ausserhalb des Rahmens des KVG-Solvenztests. Somit ist es denkbar, dass bei einer erheblichen Änderung der Risikosituation Teile des KVG-Solvenztests mit einem aktuellen Stichtag nachgereicht werden müssten. Dies geschieht nach Rücksprache mit den betreffenden Versicherern. Für Krankenversicherer, die ihre Risikosituation als erheblich verändert betrachten, besteht gegenüber dem BAG eine Meldepflicht (vgl. Art. 12 Abs. 2 KVAV).

7. *Handelt es sich bei den Plandaten im Blatt 37 «HE_Insurance_Risk» des KVG-Solvenztests um eine übliche, nach den Anforderungen der Finanzbuchhaltung erstellte Hochrechnung?*

Nicht ganz. Bei den Rückstellungen und beim Risikoausgleich werden die Auswirkungen allfälliger Schätzfehler aus der Vergangenheit nicht berücksichtigt. Das bedeutet Folgendes:

Bei den Rückstellungen fehlt aus diesem Grund die Position Rückstellungsveränderung. Die Position Bruttoleistungen (Behandlungsjahr laufendes Jahr) bezieht sich auf die erwarteten Verpflichtungen die aus Behandlungen im entsprechenden Jahr resultieren. Dabei spielt es keine Rolle wann die einzelnen Abrechnungen ausbezahlt werden. Das heisst in die Position Bruttoleistungen (Behandlungsjahr laufendes Jahr) kommen die erwarteten Bruttoleistungen vom laufenden/aktuellen Behandlungsjahr, die im laufenden resp. aktuellen Jahr bezahlt werden plus die erwarteten Bruttoleistungen vom laufenden/aktuellen Behandlungsjahr, die zu einem späteren Zeitpunkt bezahlt werden (Rückstellungen). Die erwarteten Rückstellungsveränderungen sind bei einer Best Estimate Bewertung deshalb definitionsgemäss 0 (da dies ja auch schon auf die Vorjahre zutrifft).

Analoge Überlegungen gelten auch für den Risikoausgleich (vgl. dazu das Kapitel 8.2.2 «Versicherungstechnisches Risiko» der Wegleitung zum KVG-Solvenztest). Der Risikoausgleichsbetrag ist eine Schätzung des definitiven Risikoausgleichs für 2023.

8. *Das Risiko sich in den Vorjahren in der Höhe der Leistungsrückstellungen verschätzt zu haben, wird durch die Streichung der Position Rückstellungsveränderung im KVG-Solvenztest nicht berücksichtigt.*

Dieses Risiko wird im BAG Szenario Unterreservierung berücksichtigt. In diesem Szenario geht man davon aus, dass die KVG-Rückstellungen aufgrund einer Fehleinschätzung der Leistungen erhöht werden müssen.

9. *Warum gibt es auf dem Blatt 9 «Sensitivitäten Delta_Market» plötzlich Änderungen bei den Risikofaktoren? Welche Konsequenzen sind damit verbunden?*

Der KVG-Solvenztest soll im Bereich der Finanzmarktrisiken möglichst ähnlich mit dem SST der FINMA sein. Per 1.1.2019 hat die FINMA das Marktrisiko überarbeitet. Um wieder Übereinstimmung mit den Risikofaktoren des SST zu erlangen, wurden die Risikofaktoren im KVG-Solvenztest angepasst (3 neue und mehrere gestrichene Risikofaktoren, zudem veränderte Zuordnungsregeln auf die Rating-Kategorien). Damit zusammenhängend wurden auch die Auslenkungen im Blatt 12 «Szenarien_RiskFactors» überarbeitet. Nähere Informationen können der Wegleitung zum KVG-Solvenztest entnommen werden.

10. *Die Korrelationsmatrix des Marktrisikos des KVG-Solvenztest ist nicht positiv definit. Wird es eine korrigierte Korrelationsmatrix geben?*

Die Matrix ist positiv definit, wenn man die Matrix ohne die Einträge für direkte Geschäftsimmobili- und direkte Wohnimmobilien betrachtet. Diese Einträge übernehmen die Einträge für den Rüd-Blass und die Gesamtmatrix ist damit eo ipso singular. Deshalb wird es keine korrigierte Korrelationsmatrix geben. Die Korrelationsmatrix entspricht der Matrix des FINMA Templates.

11. *In der Wegleitung steht, dass das Template so aufgebaut ist, dass sich interne Modelle erübrigen sollten. Dies schliesst den Gebrauch von internen Modellen nicht grundsätzlich aus. Inwiefern dürfen interne Modelle verwendet werden?*

Interne Modelle sind nur dort zugelassen und notwendig, wo der KVG-Solvenztest auch annähernd die Risiken nicht genügend abbilden kann. Dies ist einzig für die Nicht-Standard-Rückversicherungsverträge der Fall (siehe Punkt 8.2.4 der Wegleitung). Der KVG-Solvenztest soll ein möglichst einheitliches Instrument zur Beurteilung der Risiken sein.

12. *Muss der KVG-Solvenztest durch die externe Revisionsstelle revidiert werden?*

Nein, der KVG-Solvenztest muss nicht durch eine externe Stelle revidiert werden.

13. *Wie weit erwartet das BAG eine Übereinstimmung der Daten im KVG-Solvenztest mit jenen in anderen BAG-Berichten (z.B. EF-Formulare, Prämiengenehmigung)?*

Das BAG erwartet grundsätzlich eine Übereinstimmung der Daten, insbesondere wenn diese spezifisch verlangt wird. Bei auffälligen Veränderungen zwischen den einzelnen übermittelten Informationen wird erwartet, dass dem BAG über den Bericht zum KVG-Solvenztest zusätzliche Erläuterungen gegeben werden.

14. *Wird das BAG in der nächsten Prämienrunde die Prämientarife von Krankenversicherern senken, wenn der Stand der Reserven im Vergleich zur Mindesthöhe der Reserven sehr hoch ist?*

Der KVG-Solvenztest ist ein Instrument, mit welchem die Solvenz der Krankenversicherer festgestellt wird. Es gibt keine rechtlichen Grundlagen für eine Obergrenze von Reserven.

15. *In welcher Form wird es Rückmeldungen des BAG zum KVG-Solvenztest geben?*

Die Solvenzquote der einzelnen Krankenversicherer des laufenden Jahres wird auf der Homepage des BAGs zusammen mit den neuen Prämien für das Folgejahr publiziert. Individuelle Rückmeldungen erfolgen nur, wenn das BAG Rückfragen im Zusammenhang mit dem KVG-Solvenztest bzw. dessen Bericht hat.

16. *Wie ist die vom BAG präsentierte Vorlage des Berichts zum KVG-Solvenztest zu interpretieren?*

Es handelt sich um eine Vollversion, die an verschiedenen Punkten abgekürzt werden kann, solange nicht wesentliche Punkte, die der Nachvollziehbarkeit oder der Methodik dienen, ausgeklammert werden.

17. *Unsere Krankenversicherung betreibt neben dem KVG-Geschäft auch ein VVG- und ein UVG-Geschäft. Im KVG-Solvenztest wird nur das KVG-Geschäft auf Solvenz geprüft. Wo überall findet diese Abgrenzung im KVG-Solvenztest statt?*

Abgrenzungen sind notwendig durch die Zuordnung der einzelnen Bilanzpositionen (Blätter 7 und 42; „dem Geschäft nach VVG zugeordnet“, etc.), in der Erfolgsrechnung (Blatt 37; in den entsprechenden Spalten) sowie durch die Erfassung der marktnahen Werte der dem übrigen Geschäft zugeordneten Anlagen (Spalte G im Blatt 9). Die Abgrenzungsmethodik ist im Bericht zum KVG-Solvenztest festzuhalten.

18. *Mit welcher Methode können die Leistungsrückstellungen berechnet werden?*

Eine beinahe unabdingbare Voraussetzung bilden die sogenannten Abwicklungsdreiecke der Nettoleistungen. In diesen wird ersichtlich, in welchem Abrechnungszeitraum die Nettoleistungen für welche Behandlungsperioden verbucht worden sind.

Die Leistungsrückstellungen zu einem bestimmten Stichtag dienen dazu, die noch ausstehenden Rechnungen für die entsprechenden Behandlungen aus den Erträgen (insbesondere aus den Prämien) der gleichen Periode zu decken, für welche die Versicherten ihre Deckung abgeschlossen hatten. Somit kann aus buchhalterischer Sicht im Zeitpunkt bei „guter“ Schätzung der Rückstellungen („Best Estimate“) weder ein Gewinn noch ein Verlust erwartet werden, wenn die Rechnungen später effektiv bekannt werden und schliesslich abgerechnet werden können. Diese Sicht gilt übrigens zu jedem beliebigen Stichtag, nicht nur zum Jahreswechsel.

Für die Schätzung der Leistungsrückstellungen existieren – basierend auf den Abwicklungsdreiecken – mehrere anerkannte Methoden.

19. *Warum sind die Leistungsrückstellungen um einen Pauschalbetrag (ULAE) zu erhöhen?*

Die Bearbeitung der Leistungsabrechnungen für bereits durchgeführte, aber noch nicht abgerechnete Behandlungen wird von keinem Krankenversicherer kostenlos durchgeführt und erzeugt somit Verwaltungsaufwand. Dieser muss aber gemäss dem Prinzip des Bedarfsdeckungsverfahrens (siehe Abschnitt 7.2 der Wegleitung) derjenigen Versicherungsperiode zugeordnet werden, in welchem die entsprechenden Behandlungen stattgefunden haben. Für diesen noch zu erbringenden Verwaltungsaufwand wird eine Rückstellung gebildet, die im Template unter sonstige technische Rückstellungen separat einzutragen ist.

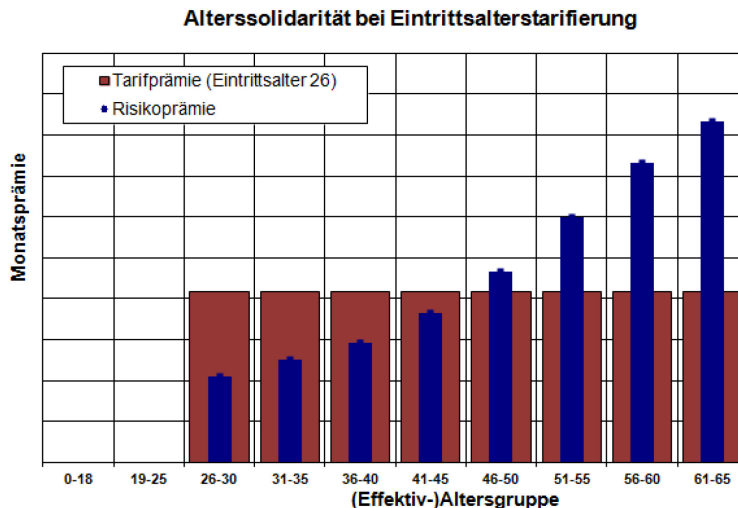
20. *Aufgrund des Risikoausgleichs braucht es in der OKP keine Alterungsrückstellungen. Weshalb führt die marktnahe Bilanz die Position Altersrückstellungen trotzdem auf?*

Weil die OKP den Risikoausgleich kennt, sind in der OKP keine Alterungsrückstellungen erforderlich. Die Risikoprämie der OKP ist dank des Risikoausgleichs aus Sicht des Versicherers ab Alter 26 für alle Erwachsenen gleich hoch.

Die Alterungsrückstellungen beziehen sich im KVG-Bereich einzig auf die Taggeldversicherung.

21. Warum sind Alterungsrückstellungen im KVG-Bereich nötig?

Die Prämientarife für die Einzel-Taggeldversicherung dürfen nach KVG nicht nach dem Lebensalter (Effektivalter) abgestuft werden (vgl. Art. 76 Abs. 3 KVG). Daraus ergibt sich im Bedarfsdeckungsverfahren eine Notwendigkeit für Alterungsrückstellungen:



Ein vom Eintrittsalter abhängiger, steigender Prämientarif impliziert, dass der Versicherer annimmt, dass die Kosten (und damit die Risikoprämie: siehe blaue Balken der obigen Grafik) mit steigendem Lebensalter zunehmen. Gleichzeitig garantiert er aber konstante (vom Lebensalter unabhängige!) Prämien (siehe braune Balken der obigen Grafik, anhand des Beispiels von Versicherten mit Eintrittsalter 26). Somit bezahlen die Versicherten zu Beginn der Versicherungsdeckung im Allgemeinen höhere Prämien als die reine Risikoprämie, gegen das Ende der Versicherungsdeckung hingegen tiefere. Mit dieser Prämien­differenz sind zu Beginn der Versicherungsdeckung individuell die Alterungsrückstellungen zu bilden (bzw. gegen das Ende der Versicherungsdeckung wieder aufzulösen).

Ohne Alterungsrückstellungen können die künftigen Leistungen bei Prämientarifen nach Eintrittsalter nicht ohne künftige Verluste oder Prämien­erhöhungen erbracht werden, wenn das Risiko mit steigendem Lebensalter zunimmt.

In Abhängigkeit der Tarifstruktur (Stichworte: Prämien- und Leistungskurve) kann auch bei einer Einheitsprämie ein aktuarieller Bedarf an Alterungsrückstellungen vorliegen.

22. Wie sind die Alterungsrückstellungen im Template zu berücksichtigen?

Falls der Krankenversicherer bisher keine Alterungsrückstellungen berücksichtigt hat, betragen sie sowohl in der statutarischen als auch in der bereinigten statutarischen Bilanz Null (Spalten F und L im Blatt 42). In der marktnahen Bilanz im Blatt 7 ist dagegen ein Best Estimate-Wert für die Alterungsrückstellungen anzugeben. In der Zelle M84 von Blatt 42 werden dabei negative Bewertungsreserven entstehen.

23. Mit welcher Methode können die Alterungsrückstellungen berechnet werden?

Grundsätzlich werden aus aktuarieller Sicht langfristige Umverteilungen (wie diejenige des Altersrisikos) nach dem prospektiven Prinzip „Barwert der künftigen Leistungen abzüglich Barwert der künftigen Prämien“ berechnet. Diese Methode erfordert allerdings relativ umfangreiche Grundlagen und Annahmen (z.B. zur Altersabhängigkeit der Leistungen, zur Sterblichkeit, evtl. zur Stornorate, sicher aber auch zur technischen Verzinsung der Alterungsrückstellungen und zu weiteren langfristigen Parametern).

Die Empfehlung des BAG, unter gewissen Umständen über Alterungsrückstellungen pauschal in Höhe einer Jahresprämie verfügen, wurde per gestrichen. Nähere Angaben finden Sie in der Wegleitung, Kapitel 7.3.2.

Bezüglich der Konzipierung der Kollektiv-Taggeldversicherung verweisen wir auf die Wegleitung zum KVG-Solvenztest (s. Anhang 2).

24. Mit welcher Methode können die Schwankungs- und Sicherheitsrückstellungen berechnet werden?

Da diese im KVG-Bereich nicht vorkommen, wollen wir hier keine Regelungen vorgeben.

25. Neu gibt es mit dem KVG-Solvenztest keine unterschiedlichen Bestimmungen zwischen Reserven der KVG-OKP und des KVG-Taggelds mehr. Wir gehen davon aus, dass die Reserven des KVG-Taggelds den Gesamtreserven angerechnet werden.

Die (vorhandenen) Reserven der KVG-Taggeldversicherung müssen gemäss Kontenplan beispielsweise in den EF-Formularen weiterhin separat ausgewiesen werden. Hingegen wird es aber keine separaten Bestimmungen bezüglich der Mindesthöhe der Reserven mehr geben. Insofern ist die Aussage korrekt, dass die Summe der OKP-Reserven und der KVG-Taggeld-Reserven (und auch der Reserven der aktiven Rückversicherung nach KVG) zur Deckung der Mindesthöhe der Reserven gemäss KVG-Solvenztest herangezogen werden dürfen (siehe auch Abschnitt 2.2 der Wegleitung).

26. Wieso werden die Daten der Taggeld-Einzelversicherung und der Taggeld-Kollektivversicherung getrennt erhoben?

Die Unterscheidung zwischen Einzel- und Kollektivversicherung im Taggeld-Bereich entsteht daraus, dass das BAG bei Firmen von einer gewissen konjunkturellen Abhängigkeit des Schadenverlaufs ausgeht und somit das Parameterrisiko höher angesetzt hat als für die Einzelversicherung (7% gegenüber 5%, siehe Zellen N80 bzw. L80 im Blatt 37). Eine separate Auswertung ist daher zwingend.

Im Vergleich zur OKP können die einzelnen Verträge sowohl im Einzel- als auch im Kollektiv-Bereich stark variierende Grössen haben (unterschiedliche Taggeldhöhe bzw. Lohnsummen, unterschiedliche Wartefristen, etc.). Insbesondere bei der Kollektiv-Taggeldversicherung von grossen Firmen können sich Klumpenrisiken ergeben.

27. Mir wurde mitgeteilt, dass ein Anlagefonds auf die einzelnen Titel (Obligationen, Aktien, etc.) aufgeteilt werden muss und anschliessend auf die einzelnen Risikofaktoren zuzuordnen ist. Das verursacht hohen Aufwand. Ist dies wirklich korrekt?

In der Tat kennt die FINMA diese Praxis (vgl. dazu das Kapitel 2.7 der sog. Technischen Beschreibung Standardmodell Kreditrisiko, [https://www.finma.ch/de/\[...\]](https://www.finma.ch/de/[...]), findet in Analogie auch für das Marktrisiko Anwendung). Grundsätzlich gilt dies daher auch für das BAG. Auf der anderen Seite steht das Prinzip der Wesentlichkeit: solange die Resultate des KVG-Solvenztests durch gewisse Vereinfachungen nicht wesentlich verändert werden (das gilt dann für jeden einzelnen Bereich, in dem der Krankenversicherer eine Vereinfachung vornimmt), sind solche Vereinfachungen für den KVG-Solvenztest erlaubt (vgl. dazu aber die Randziffer 16 des FINMA-Rundschreibens 2017/3 SST). Die vorgenommenen Vereinfachungen sind im Bericht zum KVG-Solvenztest transparent darzulegen.

28. *Im Gegensatz zum SST erfordert der KVG-Solvenztest im Blatt 9 auch Angaben zu den markt-nahen Werten. Es ist uns unklar, wie diese bei Obligationen und anderen zinssensitiven Anlagen auf die einzelnen Zeiträume zuzuordnen sind.*

Es ist möglich, an dieser Stelle auch Barwerte oder nominale Cash-Flows einzusetzen (bitte im Bericht die gewählte Methode festhalten!). Diese Werte beeinflussen das Resultat des KVG-Solvenztests nicht. Sie sind aber für das BAG von Interesse, weil so ein Kontext zur Bilanz entsteht. Zudem verlangt das BAG hier auch Angaben zu den Anlagen, die nicht dem KVG-Geschäft zugeordnet sind.

29. *Gelten auch Personen mit Bagatellfällen wie zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen als erkrankt?*

Eine Person gilt gemäss der Definition in der Wegleitung als erkrankt, wenn für sie netto (d.h. nach Abzug der Kostenbeteiligung) Leistungen abgerechnet worden sind. In diesem Sinne müssen Bagatellfälle, bei welchen es zu Nettoleistungen kommt, ebenfalls berücksichtigt werden.

30. *Die meisten Versicherten mit hohen Franchisen reichen ihre Rechnungen nicht ein. Sie erscheinen beim Tabellenblatt BAG0 somit als schadenfrei, obwohl sie trotzdem Leistungen in Anspruch genommen haben. Diese müssten für das Antiselektionsszenario berücksichtigt werden.*

Im Sinne der Definition des KVG-Solvenztests haben diese Versicherten keine Nettoleistungen bezogen und gelten daher nicht als erkrankt.

31. *Welcher Bestand ist bei einer Fusion im Register "BAG 0" als "neue Versicherte" einzutragen?*

Wie neu im KVG-Solvenztest im Blatt «BAG0» (Kommentar zu Zelle A14) sowie in der Wegleitung angegeben, darf der Bestand aus Fusionen nicht als neuer Bestand berücksichtigt werden. Zur Erinnerung: Ein Wechsel der Franchise zählt ebenfalls nicht als neuer versicherte Person. Nur Versicherte, die von einem anderen Versicherer kommen, müssen berücksichtigt werden.

32. *Muss bei einer Fusion die endgültige Bilanz per 31.12., die in der Vorlage für den KVG-Solvenztest ausgefüllt wird, die Werte für alle fusionierten Versicherer enthalten oder den Stand vor der Fusion?*

In Bezug auf die Bilanz zum 31.12., die auf der Tabelle «**Maktnahe_Bilanz**», Spalte E, auszufüllen ist, muss der enthaltene Bilanz den Wert der Kasse vor der Fusion darstellen. Die Bilanz zum 01.01. muss jedoch die Werte nach der Fusion enthalten.

Analog dazu sind die Werte auf der Tabelle «**BewDifferenzen_Statut-Marktnah**» mit dem Stichtag 31.12. und damit mit den Werten vor der Fusion auszufüllen.

Das BAG schlägt den Versicherern jedoch vor, die in diesen beiden Tabellen enthaltenen Informationen per 31.12. auch für die fusionierten Unternehmen zu übermitteln, indem sie eine separate Excel-Datei versenden.

33. *Die Prämien für 2023 wurden "knapp kalkuliert". Muss der KVG-Solvenztest anders berechnet werden?*

Nein, die Tatsache, dass die Prämien knapp kalkuliert wurden, hat keinen Einfluss auf die Vorgehensweise bei der Erfüllung des KVG-Solvenztests. Die Nettoleistungen müssen für das Behandlungsjahr immer nach einer "Best Estimate"-Schätzung angegeben werden.

34. *Einige Szenarien beziehen sich aufgrund der Inputdaten nur auf das Geschäft der OKP CH. Der KVG-Solvenztest sollte aber das Risiko des ganzen KVG-Geschäfts insbesondere auch die Bestände in der EU/EFTA miteinbeziehen. Warum sind Daten der EU/EFTA-Versicherten im Inputfile nicht enthalten?*

Das BAG wird in der nächsten Überarbeitung des KVG-Solvenztests das Geschäft der EU-EFTA Bestände adäquater berücksichtigen.

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, Abteilung Versicherungsaufsicht, Sektion Prämien und Solvenzaufsicht; www.bag.admin.ch/solvenztest