



CH-3003 Bern
BAG

An die KVG-Versicherer
und ihre Rückversicherer

Kreisschreiben Nr.:	5.1
Inkrafttreten:	1. Juni 2024

Referenz/Aktenzeichen: 721.1-1/36/3
Unser Zeichen: MUP
Sachbearbeiter/in: PEF
Bern, 24. Mai 2024

Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung

1. Vorwort

In diesem Kreisschreiben werden allgemeine Fragen zu den Prämien der sozialen Krankenversicherung geregelt. Es enthält eine Zusammenfassung der Vorschriften, die für die Prämien der sozialen Krankenversicherung gelten. Zudem zeigt es die Praxis des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) im Bereich der Prämien genehmigung auf.

Die Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde, das BAG. Sie dürfen vor ihrer Genehmigung weder veröffentlicht noch angewendet werden (Art. 16 Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung [[KVAG](#)]).

Die Versicherer reichen die Prämientarife der OKP sowie deren Änderungen der Aufsichtsbehörde spätestens fünf Monate (bis zum 31.7. des laufenden Jahres) bevor sie zur Anwendung gelangen, zur Genehmigung ein (Art. 27 Abs. 1 der Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung [[KVAV](#)]). Diese Bestimmung ist sinngemäss für die Prämien der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung anwendbar (vgl. Art. 29 [KVAV](#)).

Das BAG hält in den folgenden Abschnitten fest, welche Voraussetzungen eine Prämie eingabe erfüllen muss. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, teilt es dies den Versicherern mit. Diese haben die

Möglichkeit, die Eingabe anzupassen. Sind die Voraussetzungen nach Abschluss der Rückmeldungen an die Versicherer und Anpassung der Eingaben immer noch nicht erfüllt, so verweigert das BAG die Genehmigung des Prämientarifs und verfügt die zu ergreifenden Massnahmen (Art. 16 Abs. 4 [KVAG](#), Art. 5 [KVAG](#)).

Bestehen Zweifel, dass die Prämien die Anforderungen in Art. 16 [KVAG](#), insbesondere bezüglich Solvenz des Versicherers und Kostendeckung erfüllen, so kann das BAG einen Prämientarif für eine unterjährige Dauer, d.h. für einige Monate genehmigen (vgl. Art. 27 Abs. 4 [KVAV](#)). In diesem Fall verlangt es, dass der Versicherer mit den Tarifen auch die Dauer der Genehmigung bekannt gibt (vgl. Art. 16 Abs. 7 [KVAG](#) und Art. 27 Abs. 4 [KVAV](#)). Die Frist für die Eingabe der Prämien für den Rest des Jahres wird dem betroffenen Versicherer mitgeteilt. Die Frist von Art. 7 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung ([KVG](#)) muss in jedem Fall eingehalten werden.

Bei einer unterjährigen Prämienhöhung kommt die in Art. 27 [KVAV](#) erwähnte Vorlaufzeit von 5 Monaten nicht zur Anwendung, da eine unterjährige Prämienhöhung eine sichernde Massnahme nach Art. 38 Abs. 2 lit. g. [KVAG](#) darstellt.

Änderungen

Bei den meisten Punkten in der nachfolgenden Liste handelt es sich um präzisierende Erläuterungen und teilweise um Vereinfachungen. Sie sollen dazu dienen, die Anzahl fehlerhafter Erhebungen zu reduzieren. Wie im Vorjahr sind erneut nur wenige Anpassungen vorgesehen.

Thema	Kurze Beschreibung	Verweis
ST Prognose	Das Formular wird etwas angepasst werden. Die ISAK-Benutzeranleitung zur Prämieingabe wird dazu nähere Angaben enthalten.	Kap. 2.2
Formular für ein neues Modell und dessen Einreichungstermin	Die Versicherer haben die Informationen zu einem neuen Modell bislang formlos eingegeben. Neu gibt es ein Excel-Template bei der ad-hoc Erhebung EF MC.	Kap. 3.1.4
Verfügung / Publikation der Prämien	Die Prämienverfügung wird präzisiert betreffend Geheimhaltung der Prämien.	Kap. 4
ISAK-Bericht zur Ergebnisrechnung	Die Versicherer können sich in ISAK den Bericht «PG Ergebnisrechnung» anzeigen lassen. Neu enthält er auch Daten zum Vorjahr und Kennzahlen zur Behandlungsjahrsicht.	Kap. 6
Freigabeerklärungen	Die <i>postalische</i> Zustellung der Freigabeerklärungen entfällt.	Kap. 7
Sog. Phantome	Das BAG thematisierte im Brief vom 29.11.2023 die sog. Phantome betreffend Datenerhebungen. Der Vollständigkeit halber wird die Textstelle hier auch aufgeführt.	Kap. 7

2. Grundsätze und Praxis der Prämien genehmigung

2.1 Allgemeines

Das BAG prüft, ob die von den Versicherern vorgelegten Prämientarife die Solvenz des Versicherers gewährleisten, die Interessen der Versicherten wahren und ob die Prämientarife kostendeckend sind (Art. 16 Abs. 2 und 3 [KVAG](#)). Das BAG kontrolliert bei der Prüfung der Prämientarife, ob die für das

Geschäftsjahr geschätzten Einnahmen die geschätzten Ausgaben decken (Art. 25 Abs. 1 [KVAV](#)).

Von den Ausgaben abgezogen werden die erwarteten Kapitalerträge, die nach einem geeigneten Schlüssel den Branchen zuzuteilen sind (Art. 25 Abs. 2 [KVAV](#)). Massgebend ist die in den letzten 10 Jahren durchschnittlich erzielte Rendite (durchschnittliches Verhältnis der Kapitalerträge zu den Kapitalanlagen; Art. 25 Abs. 4 [KVAV](#)).

Das BAG verweigert die Genehmigung, wenn die Prämien den gesetzlichen Vorgaben nicht entsprechen, die Kosten nicht zu decken vermögen, unangemessen hoch über den Kosten liegen oder zu übermässigen Reserven führen (vgl. Art. 16 Abs. 4 [KVAG](#)).

Die Solvenz der Versicherer wird anhand des KVG-Solvenztests geprüft. Im KVG-Solvenztest werden die Mindestreserven und die vorhandenen Reserven der Krankenversicherer zu Beginn des laufenden Jahres ermittelt. Bei zu tiefen Reserven muss ein Reserveaufbau über die Prämien erfolgen.

Einschüsse aus der OKP oder der freiwilligen Taggeldversicherung in andere Versicherungsbereiche sind verboten. Einschüsse aus anderen Versicherungsbereichen, der Holding, etc. in die OKP oder die freiwillige Taggeldversicherung sind ebenfalls nicht erlaubt.

2.2 Besonderheiten der OKP Schweiz

Kantonale und regionale Abstufung der Prämien der OKP CH

Gemäss Art. 61 Abs. 2 [KVG](#) müssen die Versicherer die Prämien gemäss den kantonalen Kostenunterschieden abstufen. Nur bei sehr kleinen Versichertenbeständen gilt diesbezüglich eine Ausnahmeregelung (vgl. „[kleine Bestände](#)“). Der Versicherer kann die Prämien auch regional abstufen (Art. 61 Abs. 2bis [KVG](#); vgl. [Kapitel 3.1.1](#)).

Prüfung Kostendeckung

Gemäss Art. 16 Abs. 3 [KVAG](#) müssen die Prämien des Versicherers die kantonal unterschiedlichen Kosten decken. Das heisst, dass die Prämien eines Versicherers sowohl über die gesamte Schweiz betrachtet als auch in jedem einzelnen Kanton des Tätigkeitsgebiets des Versicherers die geschätzten Kosten decken müssen. Die Prämien sind so festzulegen, dass die kantonalen Combined Ratios gleich hoch sind, so dass alle Kantone gleichmässig zum Ergebnis beitragen. Das BAG stützt sich zur Prüfung der Kostendeckung auf die Combined Ratio, deren Berechnung im [Kapitel 6](#) beschrieben wird. Nicht kostendeckende oder unangemessen hohe Prämien werden vom BAG nicht genehmigt.

Das BAG trägt bei der Prüfung der Kostendeckung einem allenfalls nötigen Reserveaufbau Rechnung. Wird ein erheblicher Teil der Leistungen rückversichert, beispielsweise mit einer Quoten-Rückversicherung, verwendet das BAG zur Beurteilung der Kostendeckung eine modifizierte Combined Ratio. Diese betrachtet die Differenz zwischen Rückversicherungsprämie und den erwarteten Rückversicherungsleistungen als Aufwand.

Zur Prüfung der Kostendeckung wird eine Combined Ratio nach Behandlungsjahr hinzugezogen. Das [Kapitel 6](#) enthält dazu die entsprechenden Formeln.

Zur Berechnung der Combined Ratio des Vorjahres nach Behandlungsjahrsicht verwendet das BAG die Bruttoleistungen (Konto 400) und KoBe (Konto 4200) aufgeteilt nach früheren Behandlungsjahren (FRÜH BJ) und laufendem Behandlungsjahr (LAUF BJ). Damit diese Kennzahl möglichst aussagekräftig ist, ist die Eingabe bei der Hochrechnung (d.h. FRÜH BJ im 2024) ohne ein Abzugsdatum vorzunehmen. Die Werte können also gemäss den neusten Erkenntnissen hochgerechnet werden. Weiter wird der definitive Risikoausgleich des Vorjahres nach den Angaben der gemeinsamen Einrichtung verwendet.

Für das Plausibilisieren der Eingaben wird ebenfalls eine Combined Ratio nach Behandlungsjahr für

das laufende Jahr und das Folgejahr (Budget) berechnet. Dazu werden die Schätzungen der Versicherer für die Nettoleistungen nach Behandlungsjahr sowie der Risikoausgleich ohne Abwicklungsergebnisse der Vorjahre verwendet.

Aufgrund dessen wird das Konto Bilanzrückstellungen in Behandlungen des Abrechnungsjahres (BDAJD) und Behandlungen vor dem Abrechnungsjahr (BVAJD) sowie in Unallocated Loss Adjustment Expenses für Schadenbearbeitungskosten (ULAE) aufgeteilt.

Werden auf Stufe Kanton nicht weitgehend ähnliche und mit der Erhebung EF ABWD vergleichbare Rückstellungssätze ausgewiesen (für die Definition, siehe [Kapitel 6](#)), müssen die aktuariellen Gründe dafür in der Erhebung «Ergebnisrechnung-Kommentar CH» in der Zeile «KomRueckstellungen» aufgelistet werden.

Damit das BAG zudem die Schätzung des Versicherers für den Risikoausgleich korrekt ohne Abwicklungsergebnisse berechnen kann, werden die Versicherer aufgefordert die Aufteilung des Risikoausgleichs in Akontozahlung (AKTO) und Schlusszahlung der Vorjahre (SZLG) korrekt auszufüllen.

Weitere Details zu diesen Punkten werden im [Kapitel 6](#) erläutert.

Anrechnung von Nettokapitalerträgen

Das BAG weist auf die Möglichkeit der Anrechnung der Nettokapitalerträge hin. Die oben beschriebene Angleichung der kantonalen Combined Ratios muss jedoch immer noch gewährt sein.

Alle Versicherer müssen bei der Prämieeingabe im Erhebungsfile festhalten, ob sie Nettokapitalerträge anrechnen wollen oder nicht. Dies erfolgt bei der Zeile «Anrechnung von Kapitalerträgen» unter «CH». Das BAG hat im Erhebungsfile default-mässig ein «Nein» eingestellt, das in ein «Ja» abgeändert werden kann. Ein Vermerk ist auch dann erforderlich, wenn ein Krankenversicherer bei seiner Prämienberechnung keine Nettokapitalerträge berücksichtigt. Bei einer Anrechnung muss der gewünschte Anteil der Nettokapitalerträge in Prozenten des Prämienvolumens OKP CH (Konto 3) in der Zeile «Kommentar Anrechnung von Kapitalerträgen» bei «CH» angegeben werden. Die Benutzeranleitung ISAK (ISAK steht für Informationssystem Aufsicht Krankenversicherung) enthält ein Beispiel dazu.

Das BAG geht bezüglich Berechnung wie folgt vor:

$$\left(\frac{1}{10} * \sum_{k=0}^9 \frac{\text{Konto } 73a_{31.12.2023-t}}{\text{Konto } 100_{31.12.2023-t}} \right) * \text{Konto } 100_{2023} * \frac{1}{\text{Konto } 3_{2025}^{OKP CH+OKP EU+Taggeld KVG+AR KVG}}$$

(AR = aktive Rückversicherung)

Bei Krankenversicherern mit weniger als 10 Geschäftsjahren berücksichtigt das BAG die Jahre, in denen der Krankenversicherer bislang tätig war sowie ausserordentliche Ereignisse.

Bezüglich OKP EU wird auf das [Kapitel 2.3](#) verwiesen.

Kostengruppen

Bei den grössten Kostengruppen werden die Bruttoleistungen in Verbindung mit dem Risikoausgleich (mittels Konti 480 AKTO + 153 - 2700) plausibilisiert. Dies aber in erster Linie bei einigermaßen konstanten grösseren Versichertenbeständen, da dem BAG die Bruttoleistungen je Kostengruppen nur nach Abrechnungsjahr vorliegen.

Die Versicherer werden gebeten, das Prinzip für die Festlegung der Bruttoleistungen je Kostengruppe für das Vorjahr, das laufende Jahr und das Folgejahr sowie deren Plausibilisierung stichwortmässig zu erläutern. Dazu soll in der Erhebung «Ergebnisrechnung-Kommentar CH» die Zeile «KomBruttoleistung» (CH) benutzt werden.

ST Prognose

Gemäss Art. 14 [KVAG](#) / Art. 12 Abs. 3 [KVAV](#) wird mit der Prämieeingabe der Versicherer eine Solvenzschätzung für das Jahr 2025 notwendig. Diese Schätzung dient der Aufsicht zur Beurteilung der Prämieeingabe im Hinblick auf die Solvenz der Versicherer. Das Formular «ST Prognose 2025» ist

von den Versicherern auszufüllen und dem BAG einzureichen. Die Einträge (z.B. vorhandene Reserven, Bestand und Betriebsergebnis) müssen beim Szenario «erwartet» mit den Angaben in den verschiedenen Erhebungen (ST 2024, Prämien genehmigung OKP CH resp. OKP EU, Prämien Taggeld 2025) und Erhebungsfiles (Ergebnisrechnung CH, Ergebnisrechnung EU, Risikobestand CH, Risikobestand EU, Prämien Taggeld 2025) übereinstimmen.

Die ST Prognose wird etwas angepasst. Die Details werden in der Benutzeranleitung ISAK erklärt.

Kleine Bestände

Bei sehr kleinen Beständen sind die Kosten der Versicherten grösseren Schwankungen unterworfen und können vom Versicherer nur schwer geschätzt werden. Daher können die Versicherer gemäss Art. 61 Abs. 2 [KVG](#) bei sehr kleinen kantonalen Versichertenbeständen von einer Abstufung der Prämien nach den kantonalen Kostenunterschieden abweichen.

Ein sehr kleiner Bestand liegt namentlich vor, wenn der Versichertenbestand weniger als 300 Personen umfasst (vgl. Art. 91 Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung [\[KVV\]](#)). Ob bei kantonalen Beständen, die grösser sind als 300 Personen, die Voraussetzungen gegeben sind, dass einzelne Personen einen erheblichen Einfluss auf die Prämien haben, wird das BAG anhand der erhobenen anonymisierten Individualdaten (EFIND) überprüfen.

Neue Versicherer, Erweiterung Tätigkeitsgebiet

Ein Versicherer, der neu seine Tätigkeit aufnimmt oder seinen örtlichen Tätigkeitsbereich erweitert, legt seine Prämien so fest, dass sie einen bestimmten Minimalbetrag nicht unterschreiten (vgl. Art. 91 Abs. 1bis [KVV](#)). Die Minimalbeträge entsprechen den regionalen Durchschnittsprämien des vorangehenden Jahres, also des Jahres 2024, für die betreffende Prämienregion und Altersklasse (vgl. Art. 91 Abs. 1ter [KVV](#)). Sie sind der Beilage zu entnehmen. Das BAG empfiehlt auch Versicherern mit einem kantonalen Versichertenbestand von unter 300 Personen, die Prämien über diesen Minimalbeträgen festzusetzen.

2.3 Besonderheiten der OKP EU

Pflicht zur Durchführung der OKP EU

Versicherer, deren Bestand in der OKP CH im aktuellen Jahr weniger als 500'000 Personen umfasst und die in den betreffenden Staaten nur sehr kleine Bestände versichern, können sich teilweise oder ganz von der Pflicht, die Versicherung in der EU, in Island, in Norwegen und im Vereinigten Königreich durchzuführen, befreien lassen. Ein entsprechendes Gesuch muss bis zum 30.06. beim BAG eingehen (vgl. Art. 4 [KVAV](#)).

Kostendeckung

Die Festlegung der EU-Prämien ist in Art. 25 Abs. 3 [KVAV](#) geregelt. Demnach decken die Prämien der Versicherten mit Wohnort in einem Mitgliedsstaat der EU, Island, Norwegen und im Vereinigten Königreich die Kosten, die dem Versicherer für die Versicherten dieser Staaten insgesamt entstehen. Die Prämien müssen also über die gesamte EU betrachtet kostendeckend sein, wobei die Kapitalerträge nach [Kapitel 2.1](#), die der OKP EU zugewiesen werden, berücksichtigt werden dürfen.

Die Prämien müssen nur für die gesamte EU kostendeckend sein. Gleichwohl haben die Versicherer die Kostenunterschiede zwischen den verschiedenen Staaten zu beachten. Eine weitere Differenzierung der Prämien innerhalb eines Staates durch die Bildung von Prämienregionen ist hingegen nicht zulässig.

Die Krankenversicherer haben bei Spitalbehandlungen in der Schweiz bei den folgenden Versicherten die vollen Spitalkosten zu übernehmen: Bei den entsandten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern (Art. 4 [KVV](#)) und bei den Personen im öffentlichen Dienst mit Aufenthalt im Ausland (Art. 5 [KVV](#)), die im Ausland wohnen (innerhalb oder ausserhalb der EU/EFTA/UK) und der schweizerischen Versicherung unterstehen und die ihren Wohnsitz in der Schweiz aufgegeben haben. Bei dieser Personengruppe können die Kantone nicht verpflichtet werden, den kantonalen Anteil zu tragen. Das ist bei der

Prämienberechnung nach Art. 91 Abs. 2 [KVV](#) zu berücksichtigen.

Rückstellungen

Für die Deckung der Kosten von bereits durchgeführten, aber noch nicht abgerechneten Behandlungen müssen gemäss Art. 13 [KVAG](#) versicherungstechnische Rückstellungen gebildet werden. Massgebend ist der individuelle Bedarf jedes Versicherers in den Staaten seines Tätigkeitsgebietes nach einer bestmöglichen Schätzung (= best estimate). Bei der Bildung der Rückstellungen für die OKP EU ist der verzögerten Abwicklung der Leistungen Rechnung zu tragen. Die Kosten für die Schadenbearbeitung sind bei der Bildung der Rückstellungen zu berücksichtigen.

Instrument «Knapp Kalkulieren» / Anrechnung von Nettokapitalerträgen: Es ist analog vorzugehen wie bei OKP CH (vgl. [Kapitel 2.2](#)). Der Prozentsatz für die Anrechnung von Nettokapitalerträgen OKP EU am Prämienvolumen OKP EU (Konto 3) muss demjenigen für OKP CH entsprechen.

2.4 Besonderheiten der freiwilligen Taggeldversicherung

Pflicht zur Durchführung der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung

Gemäss Art. 5 Bst. h [KVAG](#) müssen alle Versicherer, welche die OKP anbieten, die freiwillige Einzeltaggeldversicherung durchführen. Die Prämientarife der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung müssen gemäss Art. 16 [KVAG](#) vom BAG genehmigt werden.

Rückstellungen

Für die Deckung der Kosten von bereits durchgeführten, aber noch nicht abgerechneten Versicherungsleistungen müssen gemäss Art. 13 [KVAG](#) versicherungstechnische Rückstellungen gebildet werden. Massgebend ist der individuelle Bedarf jedes Versicherers nach einer bestmöglichen Schätzung (= best estimate). Die Kosten für die Schadenbearbeitung sind bei der Bildung der Rückstellungen zu berücksichtigen. Insbesondere, falls die Prämien nach dem Eintrittsalter abgestuft werden, muss überprüft werden, ob es einen Bedarf an Alterungsrückstellungen gibt.

Kostendeckung

Die Prämien müssen kostendeckend sein, wobei die vom Versicherer gemäss den Vorgaben des BAG geschätzten Kapitalerträge, die der freiwilligen Taggeldversicherung (Einzelversicherung) zugewiesen werden, berücksichtigt werden dürfen (vgl. [Kapitel 2.1](#)).

3. Prämienermässigungen

3.1 Prämienermässigungen in der OKP

3.1.1 Prämienermässigungen im Zusammenhang mit den Prämienregionen

Art. 61 Abs. 2bis KVG / Verordnung des EDI über die Prämienregionen

Art. 61 Abs. 2bis [KVG](#) gibt den Versicherern die Möglichkeit, die Prämien der OKP CH innerhalb der Kantone regional abzustufen. Das EDI legt die Regionen sowie die basierend auf den Kostenunterschieden zwischen den Regionen maximal zulässigen Prämienunterschiede einheitlich fest. Die maximalen Prämienunterschiede werden in Artikel 2 der [Verordnung des EDI über die Prämienregionen](#) festgelegt.

Kanton	Maximalrabatt für Prämienregion 2	Maximalrabatt für Prämienregion 3
ZH	15%	10%
BE	15%	10%
LU	15%	5%
FR	10%	-
BL	15%	-
SH	15%	-
SG	10%	10%
GR	15%	10%
TI	15%	-
VD	15%	-
VS	15%	-

Bei Kantonen mit zwei Prämienregionen ist einzig die Differenz von 15% (bei FR 10%) zwischen den Regionen 1 und 2 anwendbar. Bietet ein Versicherer in den Regionen 1 und 2 eines Kantons mit drei Prämienregionen identische Prämien an, begrenzt sich dadurch die maximale Differenz zwischen der Prämie der Regionen 1 und 2 einerseits und der Prämie der Region 3 andererseits auf 10% (bei LU 5%). Bietet ein Versicherer in den Regionen 2 und 3 eines Kantons mit drei Prämienregionen identische Prämien an, begrenzt sich die maximale Differenz zwischen der Prämie der Region 1 einerseits und der Prämie der Regionen 2 und 3 andererseits auf 15% (bei SG 10%).

Die den einzelnen Prämienregionen zugeordneten Gemeinden sind gemäss Art. 1 der [Verordnung des EDI über die Prämienregionen](#) im Anhang der Verordnung festgelegt. Bei (Regionen-übergreifenden) Gemeindefusionen wird die Verordnung auf den Beginn des Folgejahres angepasst. Die vorgesehenen Anpassungen werden zudem auf [priminfo.ch](#) publiziert. Sie sind den Versicherten rechtzeitig bekannt zu geben.

Das BAG veröffentlicht den Anhang zur Verordnung in Form einer Exceldatei¹.
Technische Erläuterungen:

- Die Ermässigungen im Zusammenhang mit den Prämienregionen können von Kanton zu Kanton unterschiedlich festgesetzt werden.
- Die maximalen Ermässigungen im Zusammenhang mit den Prämienregionen gelten nur für die ordentliche Versicherung.

3.1.2 Altersabhängige Prämienermässigungen

Art. 61 Abs. 3 KVG

Gemäss Art. 61 Abs. 3 [KVG](#) müssen die Versicherer für junge Erwachsene eine tiefere Prämie festsetzen als für Erwachsene. Ebenfalls sind die Prämien für Kinder tiefer festzusetzen als die Prämien der jungen Erwachsenen. Die Versicherer sind nicht berechtigt, Kinder von der Bezahlung der Prämien vollständig zu befreien².

Es steht den Versicherern frei, die besondere Situation von kinderreichen Familien zu berücksichtigen und beispielsweise ab dem dritten Kind einen zusätzlichen Rabatt zu gewähren. Ein solcher Rabatt darf

¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/prae-mienregionen.html>

² Vgl. Entscheid des Bundesrates vom 22. Oktober 1997, in RKUV 6/1997, S. 399 ff.

nicht an zusätzliche Bedingungen geknüpft werden. Er darf z.B. nicht davon abhängig gemacht werden, ob ein Elternteil ebenfalls für sich eine Versicherung abschliesst.

3.1.3 Prämienermässigungen bei Wahlfranchisen

Art. 62 Abs. 2 Bst. a KVG / Art. 93-95 KVV / Art. 90c KVV

Die Versicherung mit wählbaren Franchisen darf nur in der OKP CH angeboten werden.

Gemäss Art. 93 Abs. 1 [KVV](#) gelten folgende Franchisestufen:

- für Erwachsene und junge Erwachsene: 500, 1000, 1500, 2000 und 2500 Franken.
- für Kinder: 100, 200, 300, 400, 500 und 600 Franken.

Die Prämienreduktion für die Versicherung mit wählbaren Franchisen darf nicht höher sein als 70 Prozent des von den Versicherten mit der Wahl der höheren Franchise übernommenen Risikos, sich an den Kosten zu beteiligen (vgl. Art. 95 Abs. 2bis [KVV](#)).

Im Urteil 9C_599/2007 des Bundesgerichtes vom 18. Dezember 2007 betreffend Reihenfolge der Prämienermässigungen (Erwägung 4.1), wurde präzisiert, dass es sich hier um eine Ermässigung in Franken und nicht in Prozenten handelt.

Technische Erläuterungen:

- Die Ermässigungen bei Wahlfranchisen müssen in Franken berechnet werden, unter Berücksichtigung von Art. 95 Abs. 2bis [KVV](#).
- Der Versicherer kann für Erwachsene und junge Erwachsene unterschiedliche Wahlfranchisen anbieten (vgl. Art. 93 Abs. 1 [KVV](#), zweitletzter Satz).
- Die Angebote des Versicherers müssen für den ganzen Kanton gelten (vgl. Art. 93 Abs. 1 [KVV](#), letzter Satz).
- Die Ermässigungen bei Wahlfranchisen können von Kanton zu Kanton unterschiedlich festgesetzt werden.
- Die Ermässigungen bei Wahlfranchisen können je nach Alterskategorie (Erwachsene, junge Erwachsene, 1. Kind, weitere Kinder) unterschiedlich festgesetzt werden.

Die Festlegung von mit zunehmender Franchise steigenden Prämien ist nicht zulässig, auch nicht bei Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer.

3.1.4 Prämienermässigungen bei eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer

Art. 41 Abs. 4, Art. 62 Abs. 1 und 3 KVG / Art. 99 ff. KVV / Art. 90c KVV

Die Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (nachfolgend Modelle) darf nur in der OKP CH angeboten werden (vgl. Art. 101a [KVV](#)).

Prämienermässigungen für Modelle sind nur zulässig für Kostenunterschiede, die auf die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer sowie auf eine besondere Art und Höhe der Entschädigung der Leistungserbringer zurückzuführen sind. Kostenunterschiede aufgrund eines günstigeren Risikobestandes geben keinen Anspruch auf Prämienermässigung (Art. 101 Abs. 2 [KVV](#)).

Für Modelle mit Erfahrungszahlen von mindestens fünf Jahren gelten die Bestimmungen im [Kreis-schreiben 5.3](#) vom 5. April 2019.

Für Modelle ohne Erfahrungszahlen von fünf Jahren, gelten folgende Vorgaben:

- 1) Die für die Prämienermässigungen massgebenden Kostenunterschiede sind auf das Modell und nicht auf den Risikobestand zurückzuführen (Art. 101 Abs. 2 [KVV](#))
- 2) Die Prämienermässigung darf 20 Prozent der Prämie der ordentlichen Versicherung nicht überschreiten (Art. Art. 101 Abs. 3 [KVV](#)).³

Um die Vorgabe 1) zu erfüllen, muss die Höhe der Prämienermässigung (A) bestimmt und der Nachweis der Prämienermässigung (B) erbracht werden. Dazu gibt es je 2 Möglichkeiten, die miteinander kombiniert werden können.

A. Höhe der erlaubten Prämienermässigung

- Die Höhe der erlaubten Prämienermässigung entspricht maximal den durchschnittlichen, risikobereinigten Kosteneinsparungen der Branche von 14 Prozent (der Tarife mit Kostennachweis nach [Kreisschreiben 5.3](#))
- Vergleich der Prämienermässigungen mit den Einsparungen bestehender Modelle. Kann beispielsweise nachgewiesen werden, dass das Modell stärkere Einschränkungen fordert als ein bestehendes Modell desselben Versicherers (mit Kostennachweis nach [Kreisschreiben 5.3](#)), so ist ein höherer Rabattsatz zulässig. Die Höhe der erlaubten Prämienermässigung (in Prozent) ist dem BAG bis zum 30.06 zu unterbreiten.

Erstmals gibt es eine Vorlage für die Beschreibung des neuen Modells. Sie ist bei der ad hoc Erhebung EF MC aufgeschaltet. Der Inhalt entspricht der vom BAG bereits praktizierten Prüftätigkeit. Das BAG erzielt damit einheitlichere Informationen der Versicherer bei der Einreichung neuer Modelle.

B. Nachweis der Prämienermässigung

- Die durchschnittliche Prämienermässigung des Tarifs ist kleiner als die erlaubte Prämienermässigung in Prozent der durchschnittlichen Basisprämie. Die Durchschnitte der Prämienermässigung werden gewichtet nach detaillierten Risikobeständen berechnet. Diese sind gemäss der Beilage zum [Kreisschreiben 5.3](#) (erster Abschnitt) zeitgleich mit der Prämieeingabe einzureichen.
- Die Prämienermässigung jeder einzelnen Prämie des Tarifs ist kleiner als die erlaubte Prämienermässigung in Prozent der entsprechenden Basisprämie.

Zusätzlich besteht bei mindestens drei Erfahrungsjahren die Möglichkeit, den Kostennachweis im Sinne des [Kreisschreiben 5.3](#) bis zum 30.06. zu erbringen.

Die Vorgabe 2) muss in jedem Fall erfüllt sein.

Technische Erläuterungen:

Die Ermässigungen bei eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer können je nach Kanton, Prämienregion, Alterskategorie, Franchisehöhe und Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer unterschiedlich festgesetzt werden.

³ Im Urteil 9C_599/2007 des Bundesgerichtes vom 18. Dezember 2007 betreffend Art. 90b KVV, Reihenfolge der Prämienermässigungen (Erwägung 4.3) wird festgehalten, dass die ordentliche Versicherung gemäss Wortlaut und Systematik der KVV diejenige ist, bei welcher Prämienregion und Altersgruppe berücksichtigt, aber keine besonderen Versicherungsformen gewählt werden, also eine Versicherung, bei welcher weder eine erhöhte Franchise noch eine eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer gilt.

3.1.5 Prämienermässigung bei Wahlfranchisen in Kombination mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers

Die in [Kapitel 3.1.3](#) aufgeführten Bestimmungen zu den Prämienermässigungen bei Wahlfranchisen gelten auch für Versicherungsmodelle, bei denen eine eingeschränkte Wahl des Leistungserbringers mit Wahlfranchisen kombiniert wird (kombinierte Modelle). Der maximal zulässige Rabatt für Wahlfranchisen (vgl. Art. 95 Abs. 2bis [KVV](#)) gilt auch innerhalb der gewählten Versicherungsform.

3.1.6 Prämienermässigungen bei Ruhen der Unfalldeckung

Art. 8 KVG / Art. 91a KVV

Die Deckung des Unfallrisikos kann sistiert werden, wenn der Versicherte nach dem Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG) für dieses Risiko voll versichert ist (Art. 8 Abs. 1 [KVG](#)). In solchen Fällen kommt der Versicherte in den Genuss einer Prämienermässigung gemäss Art. 91a Abs. 2 [KVV](#).

Nach Art. 91a Abs. 3 [KVV](#) können die Versicherer die Prämien der OKP derjenigen Personen, die eine Abredeversicherung oder eine freiwillige Versicherung nach dem UVG abgeschlossen haben, während der Dauer der Unfalldeckung reduzieren.

In beiden Fällen darf bei einer Sistierung der Unfalldeckung die gewährte Ermässigung nicht höher ausfallen als der Prämienanteil für die Deckung dieses Risikos. Die durch Unfälle verursachten Kosten müssen dementsprechend durch jenen Teil der Prämie⁴ gedeckt werden, der dem „Unfallteil“ der OKP entspricht. Die Versicherer müssen die Ermässigungen entsprechend den „Unfallkosten“ ihres Versichertenportefeuilles festlegen. Die maximale Ermässigung wird durch Art. 91a Abs. 4 [KVV](#) auf 7 Prozent festgelegt.

Technische Erläuterungen:

Die Ermässigungen bei Ruhen der Unfalldeckung können je nach Kanton unterschiedlich festgesetzt werden.

3.1.7 Minimale Prämie

Art. 62 Abs. 1, 2 und 3 KVG / Art. 90c KVV

Die Prämie der besonderen Versicherungsformen (Art. 93-101 [KVV](#)) ohne Unfalldeckung muss mindestens 50 Prozent der Prämie der ordentlichen Versicherung mit Unfalldeckung für die entsprechende Altersgruppe und Prämienregion des Versicherten betragen (Art. 90c Abs. 1 [KVV](#)).

Wird die minimale Prämie unterschritten, ist es dem Versicherer überlassen, welche Prämienermässigung um wie viel gekürzt wird (unter Vorbehalt der übrigen Vorgaben).

Diese minimale Prämie kann nur nach einer Prämienreduktion inkl. Sistierung der Unfalldeckung erreicht werden. Das heisst, dass die Versicherer die Prämienermässigungen im Zusammenhang mit wählbaren Franchisen und eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer so festsetzen müssen, dass sie noch die Ermässigung für die Sistierung der Unfalldeckung gewähren können (Art. 90c Abs. 2 [KVV](#)).

⁴ Vgl. RKUV 1998, Nr. KV 23, S. 58, Erwäg. 2 a).

3.2 Prämienermässigungen in der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung

3.2.1 Abstufung nach Wartefrist

Art. 76 Abs. 2 KVG

Gilt für die Entrichtung des Taggeldes eine Wartefrist, so hat der Versicherer die Prämien entsprechend zu reduzieren (Art. 76 Abs. 2 [KVG](#)). Werden verschiedene Wartefristen angeboten, müssen die Prämien bei zunehmender Wartefrist reduziert werden.

3.2.2 Prämienermässigungen bei Ruhen der Unfalldeckung

Art. 72 Abs. 1 KVG

Wird die freiwillige Einzeltaggeldversicherung sowohl mit der vollen Versicherungsdeckung (Krankheit, Unfall und Mutterschaft) als auch mit der Beschränkung der Deckung auf Krankheit und Mutterschaft angeboten, muss bei der Beschränkung der Deckung auf Krankheit und Mutterschaft eine tiefere Prämie festgelegt werden.

4. Transparenz und Kommunikation in Sachen Prämientarife und Reserveabbau

Art. 89 KVV

Transparenz auf der Versicherungspolice/Prämienrechnung

Gemäss Art. 89 [KVV](#) müssen die Versicherer gegenüber jeder versicherten Person klar zwischen den folgenden Prämien unterscheiden:

- Prämie der OKP, wobei der Prämienanteil für den Einschluss des Unfallrisikos gesondert aufgeführt werden muss;
- Prämie der freiwilligen Taggeldversicherung;
- Prämien der Zusatzversicherungen;
- Prämien der weiteren Versicherungsarten.

Zusätzlich müssen folgende Punkte beachtet werden:

- Die Versicherer müssen darauf hinweisen, dass der Beitrag für die Krankheitsverhütung gemäss Art. 20 Abs. 1 [KVG](#) in der vom BAG genehmigten OKP-Prämie enthalten ist. Ausserdem müssen sie den entsprechenden Betrag angeben.
- Der Betrag, welcher der Rückerstattung der Umweltabgaben entspricht, ist in der Prämie nicht enthalten und muss mit dem speziellen Hinweis „Verteilung des Ertrages aus Umweltabgaben an die Bevölkerung“ separat ausgewiesen werden. Der Ertrag aus Umweltabgaben wird von den OKP-Versicherern gleichmässig an die Personen verteilt, die im Verteilungsjahr der Versicherungspflicht nach KVG unterstehen und ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben. Personen, die während dem Verteilungsjahr nur zeitweise bei einem Versicherer versichert sind, werden die Beträge entsprechend dieser Zeitdauer verteilt. Die Versicherer verrechnen die Beträge mit den im Verteilungsjahr fälligen Prämienrechnungen. Für weitere Informationen zu diesem Thema verweist das BAG auf die Vereinbarungen, die zwischen den Krankenversicherern und dem Bundesamt für Umwelt (BAFU) getroffen wurden.
- Ein allfälliger Reserveabbau in Form eines Ausgleichsbetrags wird von der genehmigten Prämie abgezogen und auf der Prämienrechnung gesondert ausgewiesen (Art. 26 Abs. 5 [KVAV](#)). Dieser Betrag kann nicht mit allfällig bestehenden Prämienausständen verrechnet werden. Grundsätzlich

ist ein einmaliger Ausgleichsbetrag nicht verboten, wobei er auf der Prämienrechnung separat ausgewiesen und von der Prämie abgezogen werden muss.

Transparenz bei Publikationen zum Prämientarif

- Publiziert der Versicherer den genehmigten Prämientarif, so muss er die Prämien für alle von ihm durchgeführten Versicherungsformen veröffentlichen (vgl. Art. 28 [KVAV](#)). Eine umfassende Information der Versicherten und der Zugang zu allen anwendbaren Prämien kann dabei nur verwirklicht werden, wenn die Versicherungsmodelle so veröffentlicht werden, wie sie vom BAG bewilligt werden (und somit im offiziellen Prämienrechner des Bundes [priminfo.ch](#) erscheinen). Dazu gehört, dass die Versicherer sämtliche angebotenen Versicherungsmodelle gleichwertig, vollständig sowie differenzierbar nach der Bezeichnung und den dazugehörigen Prämien veröffentlichen.
Das beinhaltet insbesondere auch die transparente Deklaration der Preisunterschiede je Versicherungsmodell und der (dazugehörigen) Einschränkungen bei der Wahl der Leistungserbringer (z.B. mittels Liste der zugelassenen Leistungserbringer und Angabe ihrer Entfernung vom Wohnort der versicherten Person). Das BAG empfiehlt zudem die Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer ohne Angaben von Minimalrabatten etc. zu benennen.
Art. 28 [KVAV](#) ist sinngemäss auch auf die Prämien der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung anwendbar (vgl. Art. 29 [KVAV](#)).
- Prämienbekanntgaben (inkl. eigene Prämienrechner) müssen die Nachvollziehbarkeit, Transparenz und Vergleichbarkeit der genehmigten Prämientarife gesetzeskonform gewährleisten. Soweit der auf der Internetseite (Prämienrechner) des Krankenversicherers angezeigte Prämienbetrag nicht der genehmigten Prämie entspricht, ist insbesondere einfach erkennbar darzulegen, welche Rückerstattungen (wie insbesondere Umweltabgabe oder Reserven) bereits in welchem Betrag berücksichtigt worden sind.

Kommunikation zu Tarifelementen des Folgejahres

Die nachfolgenden Bestimmungen gelten – wie bisher – für die gesamte Zeit von Januar bis zur Medienkonferenz betreffend Krankenversicherungsprämien.

Gemäss Art. 16 Abs. 1 [KVAG](#) dürfen die Prämientarife der OKP und der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung vor ihrer Genehmigung weder veröffentlicht noch angewendet werden.

Die Prämienverfügung wird präzisiert betreffend Geheimhaltung der Prämien, um Missverständnisse zu vermeiden und die Gleichbehandlung der Versicherer sicher zu stellen. Der Verfügungstext hält nun explizit fest, dass bis zum Beginn der Medienkonferenz des Bundesrates betreffend Krankenversicherungsprämien Dritte nicht über die zukünftigen Prämien informiert werden dürfen.

Das BAG legt die gesetzliche Bestimmung von Art. 16 Abs. 1 [KVAG](#) wie folgt aus:

- Für die Versicherer ist es nicht erlaubt, Dritten Informationen über die zukünftigen Prämien bekannt zu geben. Dies gilt auch für die Anrechnung von Nettokapitalerträgen und für das Instrument «Knapp Kalkulieren». Es betrifft alle Äusserungen, die in die Öffentlichkeit gelangen könnten. Dazu gehören unter anderem Aussagen gegenüber den Medien, Maklern und den versicherten Personen. Die Versicherer, insbesondere die eigenen Vertriebe, haben geeignete Massnahmen zu treffen, um zu verhindern, dass Informationen über die Prämien des Folgejahres nach aussen dringen.
- Es dürfen keine Äusserungen gemacht werden, die Rückschlüsse auf die Prämienhöhe zulassen. Dazu gehören unter anderem Aussagen zum Trend, also zu Prämien erhöhungen oder Absenkungen für die Gesamtheit der Versicherten, Gruppen von Versicherten, geografische Regionen, Modelle und andere Untergruppen der Prämien.
- Besondere Sorgfalt ist geboten, wenn Aussagen über die Leistungen gemacht werden. Für Personen, die durchschnittlich informiert sind, ist der Unterschied zwischen Prämienveränderungen und

Leistungsveränderungen nicht unmittelbar klar. Aussagen über Leistungen werden daher häufig als Aussagen über Prämien interpretiert. Ausser Acht bleiben dabei Einflussfaktoren wie Risikoausgleich, Reservesituation, Wachstum und Strukturveränderungen.

Kommunikation zu den Instrumenten des Reserveabbaus und zum Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen

Bei einer Kommunikation zu einem allfälligen Ausgleichsbetrag darf nur der Gesamtbetrag des geplanten Reserveabbaus erwähnt werden. Dies gilt analog für den Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen. In beiden Fällen muss mit einem Vorbehalt auf die aufsichtsrechtliche Bewilligungspflicht hingewiesen werden. Die Aufsichtsbehörde muss ausserdem vorgängig über die geplante Publikation in Kenntnis gesetzt werden.

Ab 1. Juli bis zur Medienkonferenz betreffend Krankenversicherungsprämien dürfen keine Aussagen mehr gemacht werden.

5. Freiwilliger Abbau von übermässigen Reserven

Art. 26 KVAV

Instrument «Knapp Kalkulieren»

Versicherer können freiwillig Reserven abbauen, wenn diese übermässig zu werden drohen. Der Abbau der Reserven erfolgt in erster Linie über das Instrument «Knapp Kalkulieren». Hauptsächliche Grundlage für die Prämienbestimmung bildet auch bei «Knapp Kalkulieren» die Schätzung der Kosten. Die Bestimmung der Kosten ist mit einer Schätzunsicherheit behaftet. «Knapp Kalkulieren» erlaubt nun, innerhalb dieser Schätzunsicherheit die Kosten etwas optimistischer zu schätzen resp. etwas tiefer anzusetzen. Da jedoch die Schätzungen auch mit Anwendung des Instruments «Knapp Kalkulieren» in jedem Fall innerhalb der Schätzunsicherheit festgelegt werden müssen, erfüllen die so festgelegten Prämien das gesetzlich vorgegebene Prinzip der Kostendeckung.

Das obige Vorgehen würde zu einer Combined Ratio von 100% führen. Allerdings kann man hier die etwas optimistische Kostenschätzung nicht direkt herauszulesen. Die Versicherer können bei «Knapp Kalkulieren» stattdessen aber auch eine Combined Ratio eingeben, welche nicht auf einer etwas optimistischen Kostenschätzung basiert. Hier resultiert erst nach Abzug des Zuschlags für «Knapp Kalkulieren» und/oder für die Anrechnung von Nettokapitalerträgen eine Combined Ratio von 100%. Das BAG bevorzugt aus rein technischen Gründen diese Eingabemöglichkeit anstelle der im ersten Abschnitt beschriebenen Vorgehensweise. Dies vereinfacht die Prüfung wesentlich. Gehen alle Krankenversicherer gleich vor, ermöglicht dies zudem einen effizienteren Vergleich der Prämien gesuche der Krankenversicherer. Das Verhältnis zwischen Prämien und erwarteten Kosten (Combined Ratio) muss weiterhin im gesamten Tätigkeitsgebiet des Versicherers (OKP CH und OKP EU) einheitlich sein.

Als Obergrenze gelten zwei Prozentpunkte des Konto 3 des Folgejahres (ohne Anrechnung von Nettokapitalerträgen). Das BAG hat sich bei deren Bestimmung an den vergangenen Prognoseintervallen der Konjunkturforschungsstelle KOF unter Berücksichtigung zusätzlicher Unsicherheiten orientiert.

Die Krankenversicherer geben analog zur Anrechnung von Nettokapitalerträgen im Erhebungsfile «Ergebnisrechnung-Kommentar CH» an, ob sie das Instrument «Knapp Kalkulieren» nutzen wollen oder nicht. Dies erfolgt bei der Zeile «Knapper Kalkulieren» (CH). Das BAG hat im Erhebungsfile defaultmässig ein «Nein» eingestellt, das in ein Ja abgeändert werden kann. Ein Vermerk ist auch dann erforderlich, wenn auf den Einsatz des Instruments verzichtet wird.

Die gewünschte knappe Kalkulation muss dabei auch hier in Prozenten des Prämien volumens (Konto 3 OKP CH) angegeben werden (analoges Vorgehen bei OKP EU, gleicher Prozentsatz wie bei OKP CH). Die diesbezügliche Eingabe erfolgt hier in der Zeile «Kommentar Knapper Kalkulieren» (CH). Die Benutzeranleitung ISAK enthält ein Beispiel dazu.

Das BAG genehmigt «Knapp Kalkulieren», wenn die Voraussetzungen dafür gegeben sind und die pessimistische Variante der ST Prognose unter Anwendung der Prämieeingabe (einschliesslich eines allfälligen Reserveabbaus mit Ausgleichsbeträgen) eine Solvenzquote von mindestens 100 Prozent ergibt.

Instrument «Knapp Kalkulieren» und Ausgleichsbetrag

Kann mit der knappen Kalkulation nicht verhindert werden, dass die Prämien zu übermässigen Reserven führen, kann das Instrument «Knapp Kalkulieren» mit einem Ausgleichsbetrag kombiniert werden. In diesem Fall reicht der Versicherer ein separates, rechtsgültig unterschriebenes Gesuch mit einem Abbauplan ein.

Bei Anwendung des Ausgleichsbetrags muss dieser festgelegte Betrag nach einem angemessenen, vom Versicherer bestimmten Schlüssel auf die Versicherten im örtlichen Tätigkeitsbereich verteilt werden⁵.

Ein Ausgleichsbetrag ist nur erlaubt, wenn mindestens im Umfang von einem Prozentpunkt des Konto 3 des Folgejahres knapp kalkuliert wird (Priorisierung des Instruments «Knapp Kalkulieren» gegenüber dem freiwilligen Reserveabbau mittels einem Ausgleichsbetrag).

Der Abbauplan muss zusammen mit den Prämieeingaben des Versicherers bis spätestens 31. Juli eingereicht werden und enthält mindestens folgende Informationen:

- Angabe der allfälligen Anrechnung der Nettokapitalerträge in Prozent des Prämienvolumens (Konto 3, getrennt für OKP EU und OKP CH, gleicher Prozentsatz für OKP EU und OKP CH),
- Angabe des Umfangs der knappen Kalkulation in Prozent des Prämienvolumens (Konto 3, gleicher Prozentsatz für OKP EU wie bei OKP CH),
- Höhe des geplanten Reserveabbaus nach Kalenderjahren durch den Ausgleichsbetrag,
- Höhe der Ausgleichsbeträge, die den Versicherten im Budgetjahr und in den allfällig weiteren Folgejahren zu Gute kommen sollen (pro Versicherter und je Monat)⁶,
- Definition der Versicherten, die von einem Ausgleichsbetrag profitieren sollen.

Das BAG überprüft den Abbauplan und kontrolliert jährlich, ob die Voraussetzungen für den Abbau noch gegeben sind. Dabei stützt es sich auf die ST Prognose des Versicherers.

Es genehmigt den Abbau, wenn die Voraussetzungen gegeben sind und die pessimistische Variante der ST Prognose unter Anwendung der Prämieeingabe einschliesslich des Reserveabbaus mit Ausgleichsbeträgen eine Solvenzquote von mindestens 100 Prozent ergibt.

Bei einem mehrjährigen Abbauplan wird im laufenden Jahr (Hochrechnung) beim Rückstellungskonto 232 und im entsprechenden Aufwandkonto 715 nur der Ausgleichsbetrag für das Budgetjahr, nicht aber für allfällig weitere Jahre erfasst. Das Konto 715 steht nicht nur für OKP CH, sondern auch für OKP EU zur Verfügung.

Wie bis anhin werden die genehmigten Prämien auf (priminfo.ch, Prämienrechner) dargestellt. Seit 2022 wird zusätzlich noch das zu bezahlende Total (genehmigte Prämie abzüglich Umweltabgabe und allfälliger Ausgleichsbetrag) angegeben. Wir verweisen für die Publikation der Prämien des Versicherers im Zusammenhang mit einem Reserveabbau mit Ausgleichsbeträgen auf das [Kapitel 4](#).

⁵ Dabei ist zu beachten, dass die Versicherten der OKP EU auch zum örtlichen Tätigkeitsbereich eines Versicherers gehören. Wichtig ist, dass alle Versicherten des Tätigkeitsgebiets von einem Ausgleichsbetrag profitieren und die Gleichbehandlung der Versicherten gewährleistet ist (z.B. zwischen den Versicherten, die das ganze Jahr beim Versicherer versichert sein werden und denjenigen, die unter dem Jahr sterben, austreten oder eintreten).

⁶ Gibt ein Versicherer den Ausgleichsbetrag als Jahresbetrag an, dividiert das BAG ihn durch 12 und rundet das Ergebnis auf 10 Rappen ab.

6. Berechnung der Combined Ratio

$$\text{Combined Ratio} = \left| \frac{\text{Versicherungsaufwand } k}{\text{Versicherungsertrag } k} + \frac{\text{Betriebsaufwand } CH}{\text{Versicherungsertrag } CH} \right|$$

Dabei bezeichnet:

- Versicherungsaufwand k den kantonalen Wert von „Schaden- und Leistungsaufwand für eigene Rechnung“ (→ Kontengruppe 4 kantonal ohne Konto 454),
- Versicherungsertrag k den kantonalen Wert von „Verdiente Prämien für eigene Rechnung“ (→ Kontengruppe 3 kantonal),
- Betriebsaufwand CH den Schweizer Wert von „Betriebsaufwand für eigene Rechnung“ (→ Kontengruppe 5 Schweiz),
- Versicherungsertrag CH den Schweizer Wert von „Verdiente Prämien für eigene Rechnung“ (→ Kontengruppe 3 Schweiz).

Der erste Bruch dieser Formel ist die Claims Ratio. Sie wird bei jedem Versicherer für jeden Kanton des Tätigkeitsgebiets berechnet. Für die Festlegung der Prämien wird die Claims Ratio ohne Rückstellungsbildung für den Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen (Konto 454) gerechnet. Die weiteren Veränderungen der versicherungstechnischen Rückstellungen (Konto 45 ohne 454) werden in der Claims Ratio berücksichtigt und deren Höhe vom BAG überprüft. Dabei stützt sich das BAG zur Beurteilung der Rückstellungen auf die folgende Rückstellungsquote:

$$r_t^* = \frac{R_{31.12.t}}{L_{t|t} + R_{31.12.t}}$$

$R_{31.12.t}$ bezeichnet die per Ende Jahr gebildeten Rückstellungen für unerledigte Schadenfälle (Konto 21010) und $L_{t|t}$ die im Jahr t bezahlten Nettoleistungen, die im Jahr t angefallen sind (current year, d.h. Behandlungsjahr = Abrechnungsjahr).

Bei der Berechnung der Combined Ratio wird zusätzlich zur Claims Ratio die Schweizer Cost Ratio des Versicherers berücksichtigt.

Für die OKP EU ist die Combined Ratio mit den entsprechenden Konti zu verwenden, wobei gemäss Art. 25 Abs. 3 [KVAV](#) die Prämien über die gesamte EU kostendeckend sein müssen.

Combined Ratios nach Behandlungsjahr

Für die Prämien sind die Kosten nach Behandlungsjahr massgebend. Daher wird für das Vorjahr, das laufende Jahr sowie das Folgejahr eine Combined Ratio nach Behandlungsjahrsicht berechnet. Nachfolgend stehen die Formeln für die Claims Ratio, wobei t dem laufenden Jahr entspricht. Die Cost Ratio wird für das jeweilige Jahr gemäss der Formel zu Beginn des Kapitels berücksichtigt:

Vorjahr

$$\frac{(400 + 4200)LAUF BJ_{t-1} + (400 + 4200)FRÜH BJ_t + 421_{t-1} + def. Risikoausleich_{t-1} + 43erKonten_{t-1} + 440_{t-1}}{Konto 3_{t-1}}$$

Bemerkungen:

Als Alternative für $(400 + 4200)FRÜH BJ_t$ steht auch der methodisch korrekte Weg via $BDAJD_{t-1}$ zur Verfügung. Insbesondere bei starken Bestandesveränderungen drängt er sich auf. Dieser Wert kann von den Versicherern jedoch nicht in aktualisierter Form eingegeben werden, weshalb er nur bei sehr guter Schätzung der Rückstellungen t-1 aussagekräftig ist.

Laufendes Jahr (= Hochrechnung)

$$\frac{(400 + 4200)LAUF BJ_t - BDAJD_t + 421_t + 480 AKTO_t + 153_t - 2700_t + 43erKonten_t + 440_t}{Konto 3_t}$$

Bemerkungen:

Erscheint $BDAJD_t$ unplausibel, betrachtet das BAG stattdessen auch $(400 + 4200)FRÜH BJ_{t+1}$.

Folgejahr (= Budget)

$$\frac{(400 + 4200)LAUF BJ_{t+1} - BDAJD_{t+1} + 421_{t+1} + 480 AKTO_{t+1} + 153_{t+1} - 2700_{t+1} + 43erKonten_{t+1} + 440_{t+1}}{Konto 3_{t+1}}$$

Bemerkungen:

Für das Folgejahr muss die Combined Ratio gemäss Formel zu Beginn des [Kapitels 6](#) grundsätzlich der Combined Ratio nach Behandlungsjahr entsprechen. Bei der letzten Prämienrunde weichen diese beiden Grössen bei einigen Krankenversichern weiterhin noch zu stark voneinander ab. Das BAG erwartet hier eine bessere Prämieeingabe. Die beiden Combined Ratio müssen im Folgejahr deshalb grundsätzlich gleich sein, da die Krankenversicherer sowohl die Rückstellungen (Konto 21010) als auch den Risikoausgleich (Konto 153 resp. 2700) am Ende des laufenden Jahres best estimate schätzen. Technisch gesehen spielt es dann keine Rolle, ob der Risikoausgleich des Folgejahres via $480 AKTO + 153 - 2700$ oder «klassisch» via $480 \text{ total (AKTO + SZLG) + Veränderung von 153 bzw. von 2700 (Konto 482)}$ berechnet wird. Analog verhält es sich mit den Nettoleistungen. Die Summe Konto 400 LAUF BJ und Konto 4200 LAUF BJ - BDAJD (BDAJD muss man als Passivposition mit einem positiven Vorzeichen von den Leistungen LAUF BJ abziehen) entspricht grundsätzlich der Summe Nettoleistungen total (Konto 400 und Konto 4200) + Rückstellungsveränderung (Konto 450).

Den Versicherern steht in ISAK der Bericht «PG Ergebnisrechnung» zur Verfügung, der u.a. die Ergebnisrechnung für das laufende Jahr und das Folgejahr enthält. Neu beinhaltet der Bericht für OKP CH und OKP EU auch das Vorjahr sowie für OKP CH Kennzahlen zur Behandlungsjahrsicht (z.B. Combined Ratio) für die Jahre 2023, 2024 und 2025.

Hinweise zur korrekten Eingabe des Risikoausgleichs

Aufgrund obiger Berechnung der Schätzung des Risikoausgleichs muss die kantonale Aufteilung des Risikoausgleichskonto 480 in Akonto (AKTO) und Schlusszahlung der Vorjahre (SZLG) korrekt eingegeben werden. Die Akontozahlung ist dabei gemäss Art. 19 Abs. 1 Bst. a der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung ([VORA](#)) zu berechnen. Da der definitive Risikoausgleich 2023 zum Zeitpunkt der Prämieeingabe bereits veröffentlicht sein wird, sind SZLG in der Hochrechnung (2024) sowie AKTO im Budgetjahr (2025) ebenfalls bekannt. Zudem sollte der Risikoausgleich in der Bilanz (Konto 153 oder 2700) der Hochrechnung der SZLG im Budgetjahr (2025) entsprechen, da die Werte der Hochrechnung bestmöglich (= best estimate) geschätzt werden müssen.

In ISAK gibt es eine Warnung, falls falsche resp. inkonsistente Werte für 480 AKTO laufendes Jahr, 480 AKTO Folgejahr, 480 SZLG laufendes Jahr und 480 SZLG Folgejahr eingegeben werden. Wir weisen jedoch darauf hin, dass eine Eingabe ohne Warnmeldung in ISAK noch nichts darüber aussagt, ob sie auch Sinn macht. Wir bitten die Versicherer, diese Werte auch inhaltlich korrekt einzugeben.

7. Einzureichende Unterlagen

Gemäss Art. 27 Abs. 2 [KVAV](#) legt das BAG fest, welche Unterlagen und Informationen den Prämientarifen beigelegt werden müssen und nach welchen Standards sie übermittelt werden müssen.

Die Erfassung der Daten für die Prämieeingabe erfolgt in der Applikation ISAK. Für die Erfassung der Prämien der OKP stehen ab Ende Juni 2024 zwei Erhebungen (OKP CH und OKP EU) im Modul Prämien genehmigung von ISAK bereit und mehrere ad-hoc Erhebungen:

Modul «PG2025 OKP CH»

Erhebungen:

- Risikobestand CH
Bei Militärsistierungen sind die Versichertenmonate, bei denen ein Krankenversicherer keine Prämien einnimmt und keine Leistungen bezahlt, nicht mitzuzählen.

Versicherte, die nach unbekannt umgezogen sind (sogenannte Phantome), müssen noch so lange in den Beständen geführt werden, bis der Kanton über die Beendigung der Versicherungspflicht für diese Personen entschieden hat. Die Deckungen dieser Versicherten sind somit nicht als sistiert anzusehen.

- Ergebnisrechnung CH
Die Covid-Impfkosten sind weiterhin im Konto 432 des BAG-Kontenrahmens zu erfassen.
- Ergebnisrechnung-Kommentar CH
Das BAG erwähnt an verschiedenen Stellen, wofür das Erhebungsfile «Ergebnisrechnung-Kommentar CH» benutzt werden muss. Zusammenfassend erwartet das BAG dort folgende Angaben:
 - allfällige Covid-19-Effekte, z.B. bezüglich Leistungen, Impfkosten (Zeile: «KomBruttoleistungen»)
 - Vorgehen bei der Erfassung der Leistungen bei den Kostengruppen (Zeile: «KomBruttoleistungen»)
 - Begründung für kantonale unterschiedliche Rückstellungssätze (Zeile: «KomRueckstellungen»)
 - Anrechnung wie auch Nicht-Anrechnung von Nettokapitalerträgen (Zeile: CH, «Anrechnung von Kapitalerträgen»)
 - Anrechnung der Nettokapitalerträge in Prozenten des Konto 3 OKP CH (analoger Prozentsatz bei OKP EU) (Zeile: CH, «Kommentar Anrechnung von Kapitalerträgen»)
 - Einsatz wie auch Nicht-Einsatz des Instrumentes «Knapp Kalkulieren» (Zeile: CH, «Knapper Kalkulieren»)
 - Ausmass von knapp kalkulieren in Prozenten des Konto 3 OKP CH (analoger Prozentsatz für OKP EU) (Zeile: CH, «Kommentar Knapper Kalkulieren»)
- Prämien CH: Keine speziellen Bemerkungen
- Prämienvolumen Alterskategorie/Region CH: Keine speziellen Bemerkungen
- Risikobestand PCG CH: Keine speziellen Bemerkungen

Modul «PG2025 OKP EU/EFTA»

Erhebungen: Keine speziellen Bemerkungen, siehe aber die Hinweise zum Modul «PG2025 OKP CH»

- Risikobestand EU

- Ergebnisrechnung EU
- Ergebnisrechnung-Kommentar EU
- Prämien EU

Modul «ad-hoc»

EF MC 2024

Es ist ein Kostennachweis für die Prämienermässigungen nach dem [Kreisschreiben 5.3](#) für die Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer einzureichen (von allen OKP-Versicherern, die Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer anbieten, für die Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren vorliegen). Die Datei ist im xlsx-Format einzureichen (nicht xls-Datei).

Prämien Taggeld 2025

Die Erhebung «Prämien Taggeld 2025» ist für die Genehmigung der Prämien der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung (einzureichen von allen Versicherern, welche die OKP anbieten und von den Versicherern, die lediglich die freiwillige Taggeldversicherung anbieten).

ST Prognose 2025

Mit der Prämieingabe haben die OKP-Versicherer und die reinen Taggeldversicherer dem BAG eine ST Prognose mit einer Schätzung der Entwicklung der Solvenz im Folgejahr einzureichen.

Detaillierter Risikobestand pro Prämien CH 2024

Bei dieser Erhebung müssen alle Krankenversicherer dem BAG Detailbestände auf Stufe einzelne Prämie für das laufende Jahr (und freiwillig für das Folgejahr) liefern. Das Vorgehen wird auf Seite 5 oben des [Kreisschreibens 5.3](#) beschrieben. Als Vorlage dient das Erhebungsfile «Prämien OKP CH» (für nähere Angaben siehe auch die Benutzeranleitung ISAK).

Fiktives Beispiel:

Beim Prämienfile wird bei der Spalte H «Prämie» durch «Bestände aktuelles Jahr» ersetzt. Bei der Spalte I wird der Spaltentitel «Bestände Folgejahr» eingefügt und mit Nullern abgefüllt, sofern sich der jeweilige Versicherer bei der Berechnung der Modellrabatte nicht auf Detailbestände Folgejahr abstützt (vgl. nachfolgende Erläuterungen).

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Kanton	Region	Tarif	Altersklasse	Altersuntergruppe	Franchise	Unfall	Bestände aktuelles Jahr	Bestände Folgejahr
2	AG	PR-REG CH0	x	AKL-ERW		FRA-300	OHN-UNF	5000	0
3	AI	PR-REG CH0	y	AKL-ERW		FRA-300	OHN-UNF	3200.4	0
4	AR	PR-REG CH0	z	AKL-ERW		FRA-300	OHN-UNF	2030.4	0

Auch bei der letztjährigen Prämien genehmigung hielten sich viele Versicherer nicht an diese Formvorgaben (z.B. in Bezug auf die Anzahl Spalten oder Spaltenbeschriftung), was die Prüfung erschwert hat.

Hinweis: Die Exceldatei zeigt den Zustand im Folgejahr. D.h., dass ein im laufenden Jahr noch vertriebenes Modell X in der Vorlage nicht mehr erscheint. Der Bestand des Modells X für das laufende Jahr muss deshalb künstlich auf die Bestände anderer Tarife umverteilt werden. Besteht die Bestrebung, möglichst viele Versicherte des Modells W im Folgejahr in das Modell Y zu bringen, dann soll diese Zuteilung künstlich auch bereits für das laufende Jahr übernommen werden.

Bitte geben Sie bei den Beständen Versichertenmonate und nicht Personen ein. Bei der letzten Prämien erhebung war die Eingabe der Versicherer sehr uneinheitlich, was die Prüfung des BAG erschwert hat.

Bei einigen Krankenversicherern wird das Erhebungsfile weiterhin zusätzlich für die Berechnung der zulässigen Prämien ermässigungen für die Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leis-

tungserbringer genutzt werden. Die Lieferung ist obligatorisch für Modelle, die im laufenden oder im kommenden Jahr neu eingeführt werden, sofern sie keinen konstanten Rabattsatz (kleiner als 14 Prozent oder als der mit dem BAG festgelegte Rabattsatz) aufweisen. Die Zustellung ist freiwillig für alle anderen Modelle.

Dem BAG sind zwingend Detailbestände nicht nur für das laufende Jahr, sondern zusätzlich auch für das Folgejahr einzureichen.

Allgemeine Informationen zu den Erhebungen

Die Erhebungsfiles sind komplett auszufüllen und die Struktur darf nicht verändert werden. Die Übermittlung der Dateien erfolgt über ISAK.

Zu unterschreiben ist die Freigabeerklärung für die Prämieeingabe der OKP CH, der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung und der OKP EU, wenn diese angeboten wird, durch Personen mit ausreichender Zeichnungsberechtigung.

Die Freigabeerklärungen sind der für die Prämiegenehmigung zuständigen kassenverantwortlichen Person mittels elektronischer Unterschrift einzureichen. Es sind die Erfordernisse einer qualifizierten elektronischen Signatur und eines qualifizierten elektronischen Zeitstempels einzuhalten (Informationen dazu finden Sie auf der Webseite der Schweizerischen Akkreditierungsstelle SAS).

Alternativ können die Freigabeerklärungen dem BAG auch per Mail zugestellt werden. Sie werden in diesem Fall von Hand unterschrieben, eingescannt und an die obige kassenverantwortliche Person geschickt.

Eine postalische Zustellung der Freigabeerklärungen wird nicht mehr verlangt.

Der Versicherer muss die Freigabeerklärung im Original aufbewahren. Dem BAG muss sie bei Bedarf zur Verfügung gestellt werden können. Dies gilt für alle Freigabeerklärungen, nicht nur für diejenige der letzten Prämieeingabe in ISAK.

Eine aktualisierte Version der Benutzeranleitung für die Versicherer betreffend Prämieeingabe in ISAK ist ab Ende Juni 2024 in ISAK unter Hilfe / Allgemeine Hilfe / Prämiegenehmigung abgelegt.

Die Versicherer werden per E-Mail informiert, sobald die Erhebungen in ISAK für die Datenerfassung bereitstehen.

Hiermit wird das Kreisschreiben 5.1 „Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung“ vom 16. Mai 2023 ersetzt.

Bundesamt für Gesundheit



Thomas Christen
Stv. Direktor BAG
Leiter Direktionsbereich Kranken- und
Unfallversicherung



Philipp Muri
Leiter Abteilung Versicherungsaufsicht

Anhang:

- Minimalbeträge 2025

Anhang zum Kreisschreiben 5.1 vom 24. Mai 2024

Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Minimalbeträge für die Prämien 2025 nach Prämienregion und Altersgruppe

→ Für Versicherte mit Grundfranchise und Unfalldeckung

	Erwachsene				Junge Erwachsene				Kinder			
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
AG	515.6				382.1				121.4			
AI	407.9				302.4				96.1			
AR	495.6				364.3				115.7			
BE		618.6	559.2	517.4		445.9	410.7	375.3		146.4	131.1	120.2
BL		623.6	578.3			458.6	420.0			148.6	135.0	
BS	668.2				496.6				160.7			
FR		568.7	520.5			426.7	393.4			132.2	120.6	
GE	675.3				518.4				158.8			
GL	476.4				349.1				105.4			
GR		501.1	469.9	435.7		369.2	340.0	321.1		120.2	112.2	104.5
JU	604.2				442.2				136.7			
LU		512.0	478.0	458.5		382.5	356.3	341.9		119.5	110.5	106.1
NE	639.3				475.4				147.3			
NW	461.9				342.7				107.9			
OW	458.3				340.2				107.2			
SG		539.9	500.4	480.3		395.6	370.3	353.1		127.8	116.6	111.7
SH		551.2	512.9			410.5	379.1			127.0	117.9	
SO	550.8				404.8				128.5			
SZ	476.2				350.3				109.5			
TG	509.8				373.2				120.9			
TI		648.7	597.7			477.5	441.4			150.3	139.6	
UR	439.2				328.4				101.9			
VD		634.9	592.5			477.6	452.2			154.2	144.5	
VS		531.7	460.4			402.7	349.0			124.1	106.2	
ZG	461.9				340.1				108.1			
ZH		591.2	537.4	500.1		430.7	394.9	366.0		142.5	128.7	119.4

Grundlage der Minimalbeträge für das Jahr 2025: regionale Standardprämien 2024.