



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

**Der Bundesrat**

Bern, 12. Dezember 2025

---

## **Gerechte Krankenkassenprämien**

**Bericht des Bundesrates  
in Erfüllung des Postulates 22.4016 Matter Michel  
vom 27. September 2022**

---

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung .....	3
<b>1 Ausgangslage .....</b>	<b>6</b>
1.1 Eingereichter Text des Postulats 22.4016.....	6
1.2 Hintergrund.....	6
1.3 Grundlagenbericht.....	8
1.4 Inhalt und Gliederung des Berichts .....	9
<b>2 Beschreibung bestehender Akonto-Systeme.....</b>	<b>9</b>
2.1 Erhebung der Steuern bei natürlichen Personen.....	9
2.2 Arbeitgeberbeiträge für die AHV.....	9
<b>3 Systeme für die Festlegung der Prämie in der OKP .....</b>	<b>10</b>
3.1 Neues Akonto-System für die Festlegung der Prämie in der OKP .....	10
3.2 Vergleich des neuen Akonto-Systems mit dem aktuellen System.....	12
<b>4 Erwartete Auswirkungen des neuen Systems.....</b>	<b>12</b>
4.1 Versicherte .....	12
4.1.1 Wahl des Versicherers .....	12
4.1.2 Erhöhtes Risiko von Inkassoverfahren und Prämienausständen von armutsgefährdeten Gruppen .....	13
4.1.3 Zunahme der Komplexität des Systems .....	14
4.1.4 Umsetzung des Systems bei den Sozialleistungen .....	14
4.2 Versicherer .....	14
4.2.1 Bemessung der Akonto-Prämie und effektive Prämie .....	14
4.2.2 Höhe der Akonto-Prämie .....	15
4.2.3 Instrumente für den Reserveaufbau und -abbau .....	16
4.2.4 Datengrundlage für die Berechnung der Höhe der Schlussabrechnung ..	16
4.2.5 Zusätzlicher administrativer Aufwand eines Systemwechsels.....	17
4.2.6 Höhe und Bildung der Reserven .....	17
4.3.1 Stärkere Ausrichtung der Prämien an den kantonalen Kosten .....	18
4.3.2 Kantonale Stellungnahmen im Rahmen der Prämiengenehmigung .....	19
4.3.3 Erhöhte finanzielle Belastungen durch Prämienausstände und Verlustscheine .....	19
4.3.4 Auswirkungen auf die Individuelle Prämienverbilligung .....	19
4.3.5 Erhöhung des administrativen Aufwands innerhalb des Kantons.....	20
4.4 Aufsicht .....	20
4.4.1 Auswirkungen auf den Prämiengenehmigungsprozess.....	21
4.4.2 Sicherstellung der Zahlungsfähigkeit der Versicherer .....	22
4.4.3 Berechnung des Bundesbeitrags an die Prämienverbilligung .....	22
<b>5 Fazit und Empfehlungen .....</b>	<b>24</b>

## Zusammenfassung

Das Postulat fordert den Bundesrat auf, einen Systemwechsel bei der Prämienfestlegung zu prüfen. Das neue Akonto-System orientiert sich an den Vergleichssystemen der Steuern sowie Beiträge an die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) von Arbeitgebenden und Selbstständigerwerbenden. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat das Unternehmen Interface Politikstudien Forschung Beratung AG (Interface) mit der Erstellung eines Grundlagenbericht als Basis für diesen Bundesratsberichts beauftragt.

Ein mögliches neues Akonto-System im Sinne des Postulats wurde in Zusammenarbeit zwischen Interface und dem BAG entwickelt. Dabei wurde darauf geachtet, dass die Prämien sich an den prämienfinanzierten Kosten im Behandlungsjahr orientieren, die bestehenden Prozesse nach Möglichkeit unverändert bleiben, die Datengrundlage verfügbar ist, die Schlussabrechnung möglichst zeitnah erfolgt, der administrative Aufwand für die Versicherten, Versicherer, Kantone und der Aufsichtsbehörde gering bleibt, der Wettbewerb zwischen den Versicherern nicht beeinträchtigt ist und die Bildung von Reserven moderat bleibt.

Im vorgeschlagenen System wird die heutige Prämie durch eine Akonto-Prämie und eine Schlussabrechnung ersetzt. Die Akontoprämie wird so festgesetzt, dass sie die erwarteten prämienfinanzierten Kosten pro Versicherer und Kanton deckt. Der zentrale Unterschied zum aktuellen System liegt darin, dass nach Ablauf des Jahres eine Schlussabrechnung erfolgt. Die im Verlauf des Jahres geleisteten Akonto-Zahlungen werden mit den tatsächlich angefallenen prämienfinanzierten Kosten des Behandlungsjahres verglichen. Diese Schlussabrechnung kann zu Rückvergütungen oder Nachzahlungen für die Versicherten führen. Die Schlussabrechnung erfolgt auf Ebene Kanton und Versicherer. Sie basiert auf den kantonalen Kosten des Behandlungsjahres  $t$  und entspricht der Differenz zwischen den eingenommenen Akonto-Prämienvon des Jahres  $t$  und den effektiven prämienfinanzierten Kosten des entsprechenden Versicherungskollektivs im gleichen Jahr. Dabei werden auch die Verwaltungskosten, Rückstellungen und der Risikoausgleich berücksichtigt. Die Versicherer legen fest, wie die allfällige Differenz (Rückvergütung oder Nachzahlung) auf die Altersgruppen innerhalb eines Kantons verteilt wird. Im Rahmen der Erarbeitung des externen Berichts wurde festgelegt die Verteilung nur auf Altersgruppen nicht auf Franchisestufe und Modelle zu beziehen. Die Schlussabrechnung ist eine einmalige Rückvergütung bzw. Nachzahlung und wird operativ durch die Versicherer durchgeführt.

Auf dieser Basis wurden die potenziellen Auswirkungen eines Systemwechsels auf die Versicherten, Versicherer, Kantone und die Aufsichtsbehörde untersucht. Die Prämien müssen die Kosten decken (Art. 16 Abs. 3 des Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung, KVAG; SR 832.10). Seit Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) im Jahr 1996 entsprechen die schweizweit verdienten Prämien pro Kopf der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) weitgehend den durchschnittlichen totalen prämienfinanzierten Kosten pro Kopf und haben sich über die Jahre hinweg ähnlich entwickelt. Die Entwicklung der

Reserven in den vergangenen Jahren zeigt, dass die bestehenden Instrumente wie knapp kalkulieren und freiwilliger Reserveabbau wirksam eingesetzt werden konnten.

Die Einführung eines neuen Systems wäre grundsätzlich für die betroffenen Bereiche wie die Festlegung der Prämienhöhe, die Sicherstellung der Zahlungsfähigkeit der Versicherer oder die Anwendung der Sozialleistungen für die relevanten Anspruchsgruppen wie die Versicherten, Versicherer, Kantone sowie Aufsichtsbehörde machbar.

Die konkrete Umsetzung eines neuen Systems würde jedoch zahlreiche Herausforderungen mit sich bringen. Bestehende gesetzliche Rahmenbedingungen müssen geändert und Abläufe müssen entsprechend angepasst werden. Die operativen Prozesse müssen neu gestaltet werden. Der Anpassungsbedarf variiert dabei je nach betroffener Anspruchsgruppe erheblich. Zudem ist mit einem beträchtlichen organisatorischen und administrativen Aufwand bei der Einführung zu rechnen.

Der administrative Aufwand würde für alle Beteiligten spürbar zunehmen. So sind die Versicherer verpflichtet, ihre Versicherten zweimal jährlich über die Akonto-Prämie und effektive Prämie (Schlussabrechnung mit Rückvergütung oder Nachzahlungen) zu informieren. Das entsprechende Inkasso ist durchzuführen. Können Versicherte eine Nachzahlung nicht leisten, entstehen Prämienausstände oder Verlustscheine, die grössten Teils zulasten der Kantone gehen. Die Versicherer sind verpflichtet, die Daten ehemaligen Versicherten länger vorzuhalten. Dies stellt eine Herausforderung dar, da einige Versicherte den Wohnort ändern, ins Ausland ziehen, nicht mehr auffindbar oder gestorben sind. Dadurch steigt das Risiko von Prämienausständen und Verlustscheinen und ebenso der damit verbundene administrative Aufwand für die Versicherer. Zudem muss die Aufsichtsbehörde sowohl die Akontozahlung als auch die Schlussabrechnung bis Ende September genehmigen, was auch mit einem erheblichen Mehraufwand verbunden ist.

Das Akonto-System stellt für alle Beteiligten eine Herausforderung dar. Versicherte wissen nicht im Voraus, ob sie am Ende des Jahres eine Rückvergütung erhalten oder eine Nachzahlung leisten müssen. Gleichzeitig sind die Versicherer verpflichtet, innerhalb eines engen Zeitrahmens sowohl Akonto als auch effektive Prämien zu kalkulieren, was ihren Aufwand deutlich erhöht. Darüber hinaus besteht das Risiko, dass Versicherer strategisch niedrige Akonto-Prämien festsetzen, um neue Versicherte zu gewinnen. Für die Kantone ergibt sich Unsicherheit hinsichtlich der Frage, ob sich Sozialleistungen künftig auf die Akonto- oder auf die effektive Prämie beziehen sollen.

Die Versicherer sind verpflichtet, ihre Zahlungsfähigkeit sicherzustellen. Aktuell erfolgt dies, falls erforderlich, durch den Aufbau von Reserven mittels etwas höher angesetzter Prämien (Art. 14 KVAG). Im neuen System müsste jedoch zunächst geklärt werden, unter welchen Bedingungen solche Reserven überhaupt gebildet werden können. Die Solvenzprüfung erfolgt derzeit über den KVG-Solvenztest; künftig müssten darin die durch das neue System entstehenden Risiken wie beispielsweise das Inkassorisiko berücksichtigt werden.

Nicht zuletzt ist eine umfassende und transparente Information der Versicherten entscheidend, damit der Zahlungsfluss nachvollziehbar bleibt. Es muss geregelt werden, zu welchem Zeitpunkt welche Informationen bereitgestellt werden.

Die Einführung eines neuen Systems wäre somit mit zahlreichen Herausforderungen und Unsicherheiten und mit hohem zusätzlichem administrativem Aufwand verbunden. Das bestehende System hat sich bewährt und gewährleistet Transparenz. Für alle befragten Expertinnen und Experten überwiegen die Nachteile einer Umstellung auf ein Akonto-System die Vorteile deutlich.

Der Bundesrat hat die Annahme des Postulats beantragt, damit das vorgeschlagene System untersucht wird. Nach Abschluss der vorgenommenen Analyse kommt er zum Schluss, dass das bestehende System in ausreichendem Umfang das kantonale Kostendeckungsprinzip gewährleistet und sich bewährt hat. Deshalb soll auf eine Änderung des bestehenden Systems verzichtet werden.

# 1 Ausgangslage

## 1.1 Eingereichter Text des Postulats 22.4016

Das Postulat Matter [22.4016](#) «Gerechte Krankenkassenprämien» wurde am 27. September 2022 im Nationalrat eingereicht. Das eingereichte Postulat lautet wie folgt: «Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament einen Bericht darüber vorzulegen, ob die Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) nicht auf andere Weise berechnet werden könnten. Seit 1996 stiegen die Prämien in der Schweiz stärker als die Gesundheitskosten. Der Grundsatz, wonach die Prämien die voraussichtlichen Kosten decken müssen, entspricht nicht der Wirklichkeit. Die Krankenkassenprämien fussen auf falschen Annahmen. Die Berechnung, die auf den geschätzten Kosten des folgenden Jahres gründet, hat ihre Grenzen aufgezeigt. Im September 2019 erklärten die Krankenversicherer ihren Versicherten die Perspektiven für das Jahr 2020. Dabei stützten sie sich auf rein hypothetische Zahlen. Die Gesundheitskrise hat die Schwächen dieser Berechnungsart deutlich vor Augen geführt. Darum ist es an der Zeit, über eine andere Art, die Krankenkassenprämien zu berechnen, nachzudenken und sich dabei auf das zu stützen, was sich im Bereich der Steuern oder der Sozialversicherungen für die Berechnung der Steuern oder der Altersvorsorge bewährt hat. Die Ratenzahlungen sollten nach der tatsächlichen Kostenentwicklung kalkuliert werden. Je nach tatsächlich angefallenen Kosten würde eine Rückerstattung vorgenommen oder ein zusätzlicher Betrag in Rechnung gestellt. Dank eines solchen Systems würden keine höheren Reserven als nötig angehäuft. Es käme nicht laufend zu überschüssigen Reserven. Es gäbe keinen von schwachen Börsenergebnissen abhängigen Nachholbedarf, um die Reserven wieder aufzufüllen, für den im heutigen System die Versicherten aufkommen. Es gilt, die Mechanismen zur Festlegung der Prämien zu hinterfragen. Ein Paradigmenwechsel mit dem Übergang von einem System, das sich auf Schätzungen stützt, zu einem System, das Ratenzahlungen vorsieht, die korrigiert werden, wenn die tatsächlichen Kosten transparent vorliegen, ist notwendig».

Der Bundesrat beantragte die Annahme des Postulates. Der Nationalrat nahm das Postulat am 1. März 2023 mit 128 zu 50 bei 5 Enthaltungen an.

## 1.2 Hintergrund

Das Postulat verlangt die Prüfung eines grundlegenden Systemwechsels bei der Festlegung der Prämien in der OKP. Aktuell erfolgt die Prämienfestlegung auf Basis der geschätzten prämienfinanzierten Kosten des kommenden Jahres. Dadurch kann es zu leichten Abweichungen zwischen den Prämien und den tatsächlichen Kosten kommen. Untersucht werden soll, ob künftig die effektiv angefallenen Kosten als Grundlage für die Prämienfestlegung dienen können.

Die Prämien müssen die Kosten decken (Art. 16 Abs. 3 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung, KVAG; SR 832.12). Seit der Einführung des KVG im Jahr 1996 entsprechen die schweizweit verdienten Prämien pro Kopf über die Jahre hinweg weitgehend den durchschnittlichen totalen prämienfinanzierten Kosten pro Kopf (siehe Abbildung 1).

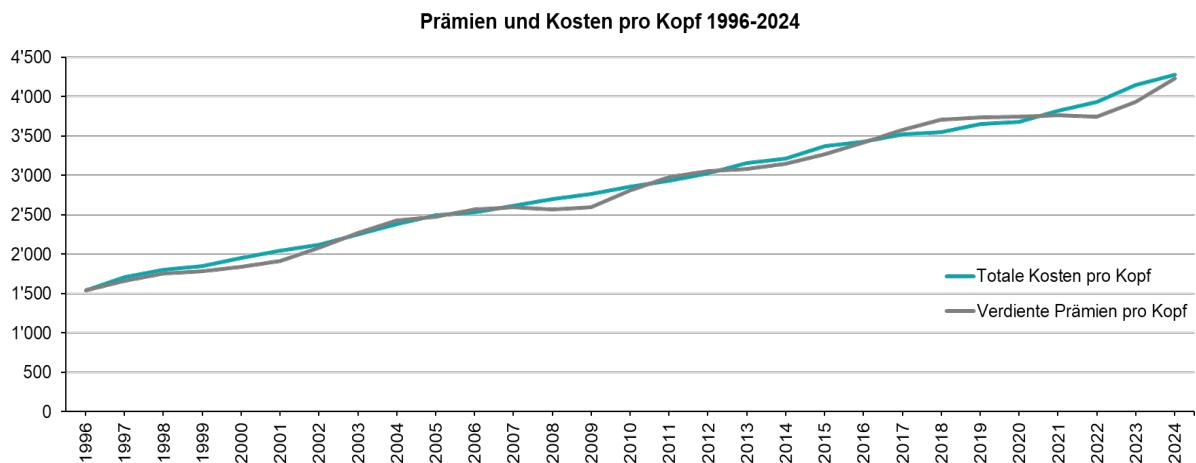


Abbildung 1: Prämien und Kosten pro Kopf, 1996-2024

Quelle: BAG Betriebsrechnungen und Bilanzen der zugelassenen Krankenversicherer nach KVG

Das im Postulat vorgeschlagene System sieht vor, dass bei einer positiven Kostenentwicklung Rückvergütung erfolgen, während bei höher anfallenden prämienfinanzierten Kosten Nachzahlungen zu leisten sind. Dieser Mechanismus weist Parallelen zu bestehenden Systemen in anderen Bereichen auf, etwa bei der Berechnung der kantonalen Steuern für natürliche Personen sowie bei der Berechnung der Beiträge an die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) durch Arbeitgebende und Selbstständigerwerbende.

Ein solcher Systemwechsel birgt gemäss Postulat das Potential, übermässige Reserven bei den Versicherern zu vermeiden und den Nachholbedarf infolge schwacher Kapitalerträge zu reduzieren. Gleichzeitig hat ein Systemwechsel der Prämienfestlegung weitreichende Auswirkungen auf verschiedene Elemente der OKP. Betroffen sind unter anderem die Festlegung der Prämienhöhe, die Solvenz der Versicherer sowie die individuelle Prämienverbilligung. Ein Systemwechsel hat Auswirkungen auf verschiedene Anspruchsgruppen, insbesondere auf die Versicherten, die Versicherer, die Kantone sowie den Bund bzw. die Aufsichtsbehörde.

Für die Versicherten hat er unmittelbare Auswirkungen auf den Zahlungsfluss der Prämien. Das neue System kann für die Versicherten zu nicht vorhergesehenen Rückvergütungen oder Nachzahlungen führen.

Die Kantone spielen im heutigen System eine wichtige Rolle bei der Prämienengenehmigung. Sie können im Vorfeld der Prämienengenehmigung zur Kostenentwicklung ihres jeweiligen Kantons Stellung nehmen (Art. 16 Abs. 6 KVAG). Dies stellt eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Prämieneingaben und Kostenschätzungen der Versicherer dar.

Derzeit reichen die Versicherer jeweils bis Ende Juli ihre Prämieneingaben beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) ein (Art. 16 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 27 Abs. 1 der Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung, KVAV; SR 832.121). Die Eingaben beruhen auf den zukünftig anfallenden prämienfinanzierten

Kosten. Sie reichen die neuen Prämien, zusammen mit Angaben zu den Versichertenbeständen, den Schätzungen des laufenden Jahres und dem Budget des folgenden Jahres dem BAG zur Genehmigung ein (Art. 16 Abs. 3 KVAG).

Das BAG beaufsichtigt alle Versicherer, welche die OKP anbieten. Bei der Prämiennehmigung wird geprüft, ob die Prämieneingaben der Versicherer die geschätzten prämienfinanzierten Kosten decken und ob sie den weiteren gesetzlichen Vorgaben entsprechen (Art. 16 KVAG). Dabei werden sowohl allgemeine als auch versicherungsspezifische Risikofaktoren berücksichtigt. Dazu gehören beispielsweise die Entwicklung der Versichertenbestandes, die Risikostruktur, die Kostenentwicklung, die Angemessenheit der Rückstellungen, die Budgetierung des Risikoausgleichs und die aktuelle finanzielle Lage des Versicherers.

Das BAG prüft die eingereichten Prämien im Hinblick auf die finanzielle Sicherheit der Versicherer (Art. 16 Abs. 2 KVAG) und im Hinblick auf die kantonale Kostendeckung (Art. 16 Abs. 3 KVAG). Dabei wird kontrolliert, ob die Prämien die prämienfinanzierten Kosten im jeweiligen Kanton decken und den regionalen Kostenunterschieden angemessen Rechnung tragen. Die Versicherer müssen dabei insbesondere den Risikoausgleich, die Veränderungen der Rückstellungen sowie die Grösse und die laufende Veränderung des Versichertenbestandes im entsprechenden Kanton berücksichtigen (Art. 16 KVAG). Entsprechen die Eingaben der Versicherer den gesetzlichen Anforderungen, werden sie vom BAG genehmigt.

### 1.3 Grundlagenbericht

Das BAG hat Interface Politikstudien Forschung Beratung AG (Interface) mit der Erstellung eines Grundlagenberichts<sup>1</sup> zur Beantwortung des Postulates Matter 22.4016 beauftragt. Die Erarbeitung des Grundlagenberichts erfolgte in Begleitung des BAG.

Im ersten Teil des Berichts wurden das aktuelle System und die im Postulat erwähnten Alternativen (das kantonale Steuersystem und die AHV-Beiträge von Arbeitgebenden und Selbständigerwerbenden) anhand von Literaturrecherchen und Dokumentenanalysen verglichen und diskutiert. Darauf aufbauend fanden drei explorative Experteninterviews mit Vertretungen relevanter Anspruchsgruppen aus den Systemen statt. Basierend auf diesen Erkenntnissen wurde ein neues System zur Festlegung der Prämien entwickelt, das sich an den genannten Vergleichssystemen orientiert.

Zur fundierten Beurteilung der potenziellen Auswirkungen dieses neuen Systems auf die verschiedenen Bereiche und Anspruchsgruppen wurden 12 Interviews mit Expertin-

---

<sup>1</sup> Vgl. Balthasar, Andreas; Bischof Tamara; Ritz Manuel (2025): Akonto-Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Grundlagenbericht zur Beantwortung des Postulats 22.4016. Schlussbericht zuhanden der Sektion Prämien und finanzielle Risiken, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern.

nen und Experten durchgeführt. Diese umfassten Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten, Versicherer, Kantone sowie der Aufsicht, die unmittelbar von einem Systemwechsel betroffen sind.

## 1.4 Inhalt und Gliederung des Berichts

Der vorliegende Bericht ist so aufgebaut, dass in Abschnitt 2 kurz auf die vorgeschlagenen Vergleichssysteme eingegangen wird. In Abschnitt 3 wird das neue System beschrieben und entwickelt. In Abschnitt 0 werden die wesentlichen Auswirkungen des neuen Systems auf die relevanten Anspruchsgruppen, welche im Grundlagenbericht genannt wurden, diskutiert. Schliesslich wird der Bericht mit einem Fazit und Empfehlungen abgerundet.

# 2 Beschreibung bestehender Akonto-Systeme

In diesem Abschnitt werden die verschiedenen Systeme beschrieben, welche die Grundlage für die Ausarbeitung des neuen Akonto-Systems bilden.

## 2.1 Erhebung der Steuern bei natürlichen Personen

Die Steuersysteme für natürliche und juristische Personen weisen zwischen den Kantonen teils erhebliche Unterschiede auf. Die Unterschiede betreffen insbesondere die Berechnung von Akonto-Zahlungen und Schlussabrechnungen sowie den Umgang mit Zahlungsverzögerungen. Die nachfolgende Darstellung bezieht sich ausschliesslich auf die Besteuerung natürlicher Personen im Kanton Solothurn, der exemplarisch gewählt wurde. Eine direkte Übertragung auf andere Kantone ist nur eingeschränkt möglich.

Im Kanton Solothurn werden die Steuern für das Steuerjahr  $t$  mittels einer oder mehrerer Akonto-Zahlungen im laufenden Jahr erhoben. Diese basieren auf der letzten definitiven Veranlagung. Die Steuererklärung des Vorjahres ist grundsätzlich bis Ende März einzureichen. Die definitive Veranlagung und die Schlussabrechnung erfolgen in der Regel im Sommer des Folgejahres.<sup>2</sup>

## 2.2 Arbeitgeberbeiträge für die AHV

Die AHV-Beiträge von Arbeitgebenden und Selbständigerwerbenden werden ebenfalls auf Akontobasis erhoben. Arbeitgebende sind verpflichtet, jeweils im Januar die voraussichtliche Bruttolohnsumme für das laufende Jahr zu melden. Auf dieser Grundlage werden mehrere Akonto-Zahlungen geleistet. Grössere Abweichungen müssen unterjährig gemeldet werden. Die Schlussabrechnung erfolgt nach Einreichung der definitiven Lohnsumme, welche bis spätestens Ende Januar des Folgejahres ( $t+1$ ) zu übermitteln ist.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 13.

<sup>3</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 13ff.

Im Gegensatz dazu leisten Selbstständigerwerbende quartalsweise auf Basis einer Schätzung des voraussichtlichen Bruttoeinkommens im laufenden Jahr ihre AHV-Beiträge. Die definitive Abrechnung erfolgt deutlich später, gestützt auf die rechtskräftige Steuerveranlagung.<sup>4</sup>

### 3 Systeme für die Festlegung der Prämie in der OKP

In diesem Abschnitt wird ein mögliches Akonto-System für die OKP beschrieben, das in Zusammenarbeit zwischen Interface und dem BAG erarbeitet wurde.<sup>5</sup> Die Ausgestaltung orientiert sich an den in Abschnitt 2 dargestellten Vergleichssystemen, namentlich den kantonalen Steuersystemen für natürliche Personen sowie den Beiträgen an die AHV von Arbeitgebenden und Selbstständigerwerbenden. Zusätzlich wurden Elemente des bestehenden Systems der OKP berücksichtigt. Anschliessend wird das neue Akonto-System mit dem aktuellen OKP-System verglichen.

#### 3.1 Neues Akonto-System für die Festlegung der Prämie in der OKP

Bei der Ausgestaltung des vorgeschlagenen Akonto-Systems für die OKP wurden folgende Grundprinzipien berücksichtigt:

- Die Prämien sollen sich an den im jeweiligen Behandlungsjahr tatsächlich entstanden und prämienfinanzierten Kosten orientieren.
- Die Schlussabrechnung soll möglichst zeitnah nach Abschluss des Beitragsjahres erfolgen.
- Die für die Berechnung benötigten Daten sollen möglichst gut verfügbar sein (z. B. Risikoausgleich und Leistungen des Behandlungsjahrs).
- Die bestehenden Prozesse sollen, wo möglich, beibehalten werden.
- Der administrative Aufwand für die Versicherten, Versicherer, Kantone und Aufsichtsbehörde soll möglichst moderat gehalten werden.
- Der Wettbewerb zwischen den Versicherern soll durch das neue System nicht beeinträchtigt werden.
- Die Bildung der Reserven soll gering bleiben.

Ein zentraler Unterschied zum aktuellen System besteht darin, dass im Akonto-System am Ende eines Beitragsjahres eine Schlussabrechnung erfolgt. Dabei werden die im Verlauf des Jahres geleisteten Zahlungen mit den effektiv angefallenen prämienfinanzierten Kosten verglichen. Diese Schlussabrechnung kann zu einer Rückvergütung oder Nachzahlung führen.

Die Schlussabrechnung erfolgt auf Ebene Kanton und Versicherer. Dies beruht weiterhin auf den zentralen Prinzipien, die auch im neuen System gelten. Zu diesen Prinzipien zählen die kantonale Kostendeckung sowie die Betrachtung nach Behandlungsjahren für die Prämienfestlegung. Die Schlussabrechnung stützt sich auf die kantonalen Kosten des Behandlungsjahres  $t$  und entspricht der Differenz zwischen den eingenommenen Akonto-Prämien des Jahres  $t$  und den effektiven prämienfinanzierten Kosten des

---

<sup>4</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 13ff.

<sup>5</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 13ff.

entsprechenden Versicherungskollektives im gleichen Jahr. Dabei werden auch die Verwaltungskosten, Rückstellungen und der Risikoausgleich berücksichtigt.

Die Versicherer legen fest, wie eine allfällige Differenz (Rückvergütung oder Nachzahlung) auf die drei Altersgruppen innerhalb eines Kantons verteilt wird. Im Rahmen der Erarbeitung des externen Berichts wurde festgelegt die Verteilung nur auf Altersgruppen nicht auf Franchisestufe und Modelle zu beziehen. Dabei gilt die Vorgabe, dass der absolute Rückvergütungs- oder Nachzahlungsbetrag für Erwachsene höher sein muss als jener für junge Erwachsene, und dieser wiederum höher als der Betrag für Kinder.

Es handelt sich um eine einmalige Rückvergütungs- oder Nachzahlungsforderung, welche am 1. November fällig wird. Dieses Datum wurde im Rahmen der Erarbeitung des neuen Systems anhand folgender Kriterien festgelegt:

- Es muss genügend Zeit verstrichen sein, damit ausreichend viele Rechnungen des Behandlungsjahrs vorliegen.
- Die Versicherer müssen ausreichend Zeit für die operative Umsetzung haben.
- Die Schlussrechnung sollte so zeitnah wie möglich erstellt werden.

Im Falle einer Einführung des Systems könnte der Zeitpunkt der Fälligkeit bei Bedarf angepasst werden.

Die operative Abwicklung der Schlussabrechnung erfolgt durch die Versicherer. Das BAG prüft und genehmigt zusätzlich die Schlussabrechnung.

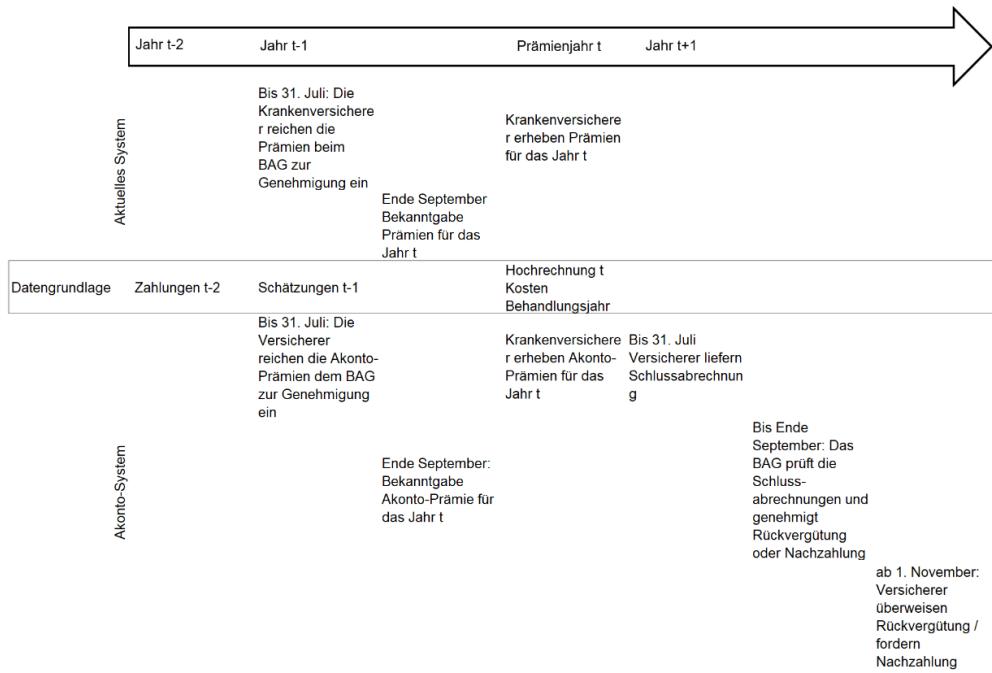


Abbildung 2: Vergleich aktuelles System und neues Akonto-System (Prämienjahr t)

### **3.2 Vergleich des neuen Akonto-Systems mit dem aktuellen System**

Wie oben beschrieben besteht der zentrale Unterschied zwischen dem aktuellen und dem neuen System darin, dass im Akonto-System zum Stichtag 31. Dezember des Beitragsjahres eine Schlussabrechnung erfolgt, die im Sommer des Folgejahres ermittelt und im November in Rechnung gestellt wird. Dabei werden die im Verlauf des Beitragsjahres geleisteten Zahlungen mit den effektiv angefallenen prämienfinanzierten Kosten verglichen. Diese Schlussabrechnung kann zu einer Rückvergütung oder Nachzahlung führen. Die Schlussabrechnungen für Steuern und AHV lassen sich aufgrund bekannter Einkommensverhältnisse beziehungsweise Lohnsummen relativ zuverlässig individuell berechnen. Demgegenüber richtet sich die Schlussabrechnung im neuen System für die OKP nach den tatsächlich angefallenen prämienfinanzierten Kosten im jeweiligen Kanton während des Behandlungsjahres. Es handelt sich nicht um die individuellen Kosten, sondern um die Kosten aller Versicherter beim gewählten Versicherer im jeweiligen Kanton. Für die einzelnen Versicherten ist eine zuverlässige Einschätzung der Höhe der Schlussabrechnung somit deutlich schwieriger.

## **4 Erwartete Auswirkungen des neuen Systems**

In diesem Kapitel wird auf die wichtigsten im Grundlagenbericht genannten Auswirkungen des Systemwechsels aus Sicht der unterschiedlichen Anspruchsgruppen eingegangen. Bei den Anspruchsgruppen handelt es sich um die Versicherten, Versicherer, Kantone und die Aufsichtsbehörde, die Reihenfolge entspricht der Schwere der Auswirkungen. Der Grundlagenbericht geht teilweise auch auf Ergänzungsleistungen und auf Auswirkungen auf Gemeinden ein, diese können dort nachgelesen werden.

### **4.1 Versicherte**

In einem Akonto-System ergeben sich für die Versicherten insbesondere Auswirkungen bei der Wahl des Versicherers. Es entsteht die Gefahr von hohen Schlussabrechnungen bei kleinen Versicherungskollektiven. Weitere Auswirkungen entstehen im Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko von Prämienausständen und Verlustscheinen, mit der zunehmenden Systemkomplexität sowie mit dem Bezug von Sozialleistungen.

#### **4.1.1 Wahl des Versicherers**

Die Tatsache, dass die effektive Prämie bei einem Akonto-System erst im Rahmen der Schlussabrechnung festgelegt wird, hat erhebliche Auswirkungen auf die Versicherten. Aus ihrer Perspektive ist die Einschätzung der tatsächlichen Prämienbelastung bei der Wahl des Versicherers mit erheblichen Unsicherheiten behaftet, sogar nahezu unmöglich, da nachträgliche Rückvergütungen oder Nachzahlungen möglich sind.<sup>6</sup> Das finanzielle Risiko durch Schwankungen der prämienfinanzierten Kosten wird weitgehend auf die Versicherten übertragen.

Im Akonto-System wird die effektive Prämie für das laufende Behandlungsjahr ( $t$ ) erst mit der Schlussabrechnung im Herbst des Folgejahres ( $t+1$ ) abschliessend bestimmt.

---

<sup>6</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 27.

Der lange Zeitraum zwischen der genehmigten Akonto-Prämie und der effektiven Prämie führt zu einer erhöhten finanziellen Unsicherheit. Die Versicherten können nur schwer abschätzen, ob und in welcher Höhe sie mit einer Rückvergütung oder einer Nachzahlung rechnen müssen. Dieser Unsicherheit müsste durch Rücklagen für eine mögliche Nachzahlung begegnet werden. Der Zweck der sozialen Krankenversicherung, Schutz vor den finanziellen Risiken von Krankheit zu gewähren, wäre damit beeinträchtigt. Die Prämienbelastung eines Jahres wird selbst zum Risiko.

Die Versicherer können die Akonto-Prämien tendenziell tiefer ansetzen, um Versicherte zu gewinnen (sog. Lockvogel-Angebot). Im Nachhinein können die möglicherweise zu tiefen Akonto-Prämien mit der Schlussabrechnung ausgeglichen werden. Die Versicherten sind zwei Jahre lang gefangen, denn sie erhalten die erste Schlussabrechnung erst im zweiten Jahr. Sie können sich dann im Herbst entscheiden, beim Versicherer zu bleiben oder zu wechseln, kennen aber die Schlussabrechnung des laufenden Jahres noch nicht. Die Entscheidung erfolgt also immer in Unkenntnis der Prämienbelastung der Vergangenheit. Für die Zukunft ist wiederum nur die die Akonto-Zahlung bekannt, nicht aber die Schlussabrechnung.

Im Akonto-System wird die Höhe der Akonto-Prämie und die Schlussabrechnung nach Kanton und Versicherer festgelegt. In kleinen Versicherungskollektiven besteht das Risiko, dass die Höhe der Nachzahlung in einzelnen Fällen sehr hoch ausfallen könnte.<sup>7</sup> Dies kann beispielsweise passieren, wenn bei einzelnen Versicherten im Jahr überdurchschnittlich viele teure Leistungskosten anfallen.

#### **4.1.2 Erhöhtes Risiko von Inkassoverfahren und Prämienausständen von armutsgefährdeten Gruppen**

Armutsgefährdete Bevölkerungsgruppen sind besonders stark von der Unsicherheit der Prämie betroffen, da ihnen in der Regel die finanziellen Mittel fehlen, um Rücklagen für eine allfällige Nachzahlung zu bilden. Dadurch erhöht sich ihr Risiko sich zu verschulden. Zudem steigt die Wahrscheinlichkeit von Inkassoverfahren infolge von Prämienausständen.<sup>8</sup>

Bei Prämienausständen ist den Versicherten der Wechsel des Versicherers untersagt (Art. 64a Abs. 6 KVG). Somit ist im neuen System mit mehr Versicherten zu rechnen, die den Versicherer nicht wechseln können.

In Kantonen, die mit sogenannten «schwarzen Listen» arbeiten, erhöht sich das Risiko eines Leistungsaufschubs (Art. 64a Abs. 7 KVG), d. h. im neuen System ist mit mehr Versicherten zu rechnen, die lediglich im Notfall behandelt werden.

---

<sup>7</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 21.

<sup>8</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 28.

#### **4.1.3 Zunahme der Komplexität des Systems**

Die Einführung eines Akonto-Systems würde die Komplexität deutlich erhöhen. Beim Versichererwechsel kommt es zu einer Überlappung der Zahlungsströme aus Akontozahlung und Schlussabrechnung. Wer zweimal wechselt, hat zeitweise mit drei verschiedenen Versicherern eine Kundenbeziehung<sup>9</sup>, was den administrativen Aufwand auf beiden Seiten signifikant steigert.<sup>10</sup>

Die Schlussabrechnung im neuen System ist für die Versicherten kaum vorhersehbar. Sie hängt von den gesamthaft angefallenen prämienfinanzierten Kosten beim gewählten Versicherer im jeweiligen Kanton ab. Auch im Nachhinein ist die Schlussabrechnung schwer nachzuvollziehen. Sie hängt gerade nicht von individuellen Gegebenheiten ab. Es wird vorkommen, dass eine Person, die im gesamten Jahr keinen Arzt oder keine Ärztin aufgesucht hat, eine Nachzahlung leisten muss. Ebenso wird es vorkommen, dass eine Person mit teurer Behandlung eine Rückerstattung bekommt.

#### **4.1.4 Umsetzung des Systems bei den Sozialleistungen**

Ein Systemwechsel wirkt sich auch auf die Umsetzung der verschiedenen Sozialleistungen wie die individuelle Prämienverbilligung (IPV), Ergänzungsleistungen (EL) sowie die Sozialhilfe aus<sup>11</sup>. Die konkreten Auswirkungen auf die Prämienverbilligung werden unter Abschnitt 4.3.4 ausführlich erläutert.

### **4.2 Versicherer**

Die Einführung eines Akonto-Systems zur Prämienfestlegung hat umfassende Auswirkungen auf die Versicherer. Dies betrifft insbesondere die Bemessung der Akonto-Prämie sowie die effektive Prämie, die zugrundeliegenden Daten, die Bildung und Höhe der Reserven, den Risikoausgleich sowie allfällige Wettbewerbsanreize im Versicherungsmarkt.

#### **4.2.1 Bemessung der Akonto-Prämie und effektive Prämie**

Die Versicherer übermitteln dem BAG bis Ende Juli des laufenden Jahres  $t$  ihre Prämien. Im Rahmen des skizzierten neuen Akonto-Systems sind sie zusätzlich verpflichtet, bis zum gleichen Zeitpunkt auch die Schlussabrechnungen des Vorjahrs zu ermitteln und dem BAG zur Genehmigung einzugeben.

Während der Prozess zur Festlegung der Akonto-Prämie im Wesentlichen unverändert bleibt, stellt die Berechnung der Schlussabrechnung eine Neuerung dar. Dabei müssen

---

<sup>9</sup> Bei jährlichem Versicherungswechsel hat eine Person im vierten Quartal  $t+1$  eine Kundenbeziehung mit Versicherer A (Schlussabrechnung  $t$ ), Versicherer B (Akonto-Prämie  $t+1$ ) und Versicherer C (Abschluss Versicherungsvertrag ( $t+2$ )).

<sup>10</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 27.

<sup>11</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 29.

die Versicherer die tatsächlich im Behandlungsjahr angefallenen prämienfinanzierten Kosten zu einem festgelegten Stichtag mit den bereits eingenommenen Akonto-Prämien vergleichen, um die Höhe der Rückvergütung oder Nachzahlung zu ermitteln.<sup>12</sup> In diesem Prozess werden die Verwaltungskosten, Rückstellungen sowie der Risikoausgleich berücksichtigt.

#### 4.2.2 Höhe der Akonto-Prämie

Das BAG genehmigt nur Prämien, die den gesetzlichen Vorgaben entsprechen (Art. 16 KVAG). Dennoch können im Akonto-System Anreize für die Versicherer entstehen, die Prämien bewusst zu tief oder zu hoch anzusetzen, um Wettbewerbsvorteile zu erzielen oder Kunden zu gewinnen.<sup>13</sup>

Im Rahmen der OKP haben die Versicherten freie Wahl unter den anerkannten Versicherern und deren Produkten (Art. 4 und 7 KVG). Die Versicherer wiederum stehen untereinander in Konkurrenz und unterliegen dem Wettbewerb, was zu Anreizen führt, die Akonto-Prämie je nach Situation und Strategie eher höher oder eher tiefer anzusetzen. Bei den Akonto-Systemen der kantonalen Steuern und AHV-Beiträgen gibt es hingegen keine bzw. begrenzte Auswahlmöglichkeiten<sup>14</sup>.

Niedrige Akonto-Prämien verlagern das finanzielle Risiko auf die Versicherten, da allfällige Nachzahlung erst mit der Schlussabrechnung erhoben werden. Gleichzeitig ermöglichen sie eine optimistische Kalkulation der Prämien, da Differenzen später ausgeglichen werden können. Hohe Akonto Prämien hingegen reduzieren das Risiko vor Zahlungsausfällen für die Versicherer.

Rückvergütungen aufgrund von zu hoch angesetzten Prämien könnten von den Versicherten als positiv wahrgenommen werden, während Nachzahlungen tendenziell negativ bewertet werden. Die Rückvergütung zu hoher Prämien könnte zudem zu Marketingzwecken missbraucht werden. Das Instrument des Ausgleichs von zu hohen Prämien-Einnahmen nach Art. 17 KVAG im heutigen System hat einen ähnlichen Charakter und hat in der Vergangenheit bereits ab und an zu Kritik geführt<sup>15</sup>.

---

<sup>12</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 19.

<sup>13</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 21.

<sup>14</sup> Die AHV-Beiträge werden üblicherweise über die kantonalen Ausgleichkassen abgewickelt. Neben den kantonalen Ausgleichkassen gibt es 46 Verbandsausgleichskassen, die privat organisiert sind. Verbandmitglieder können ihre Ausgleichkasse wählen.

<sup>15</sup> Siehe zum Beispiel Interpellation Weibel 19.3248 «Ausgleich von zu hohen Krankenkassenprämien», Dringliche Anfrage Sozialdemokratische Fraktion 19.1047 «Prämienerhöhung. Warum diese Kakophonie im Zusammenhang mit der Mitteilung der Prämien?», Interpellation Nantermod 20.4280 «Reserven der Krankenversicherer. Aufsicht im Bereich der Prämien und Geschäftsgebaren».

#### **4.2.3 Instrumente für den Reserveaufbau und -abbau**

Zur Sicherstellung ihrer Solvenz sind die Versicherer verpflichtet, ausreichende Reserven halten, um die während des Geschäftsjahres anfallenden Risiken tragen zu können (Art. 14 Abs. 1 KVAG). Damit wird die Zahlungsfähigkeit der Versicherer gewährleistet. Die relevanten Risiken ergeben sich aus möglichen Schwankungen bei den Kapitalanlagen, Kreditrisiken sowie unerwarteten Schwankungen von Leistungskosten und im Zusammenhang dem Risikoausgleich.

Die Solvenzquote eines Versicherers ergibt sich aus dem Verhältnis der vorhandenen Reserven zu den risikobasierten Mindestreserven nach Art. 11 KVAV, die im Rahmen des KVG-Solvenztest ermittelt werden.

Unterschreitet ein Versicherer die erforderliche Solvenzquote (d.h. weniger als 100%), müssen zusätzliche Reserven aufgebaut werden. Unter dem aktuellen System erfolgt dieser Aufbau durch leicht über den erwarteten Kosten festgesetzte Prämien. Dadurch entsteht üblicherweise ein versicherungstechnischer Gewinn, welcher zur Stärkung der Reserven beiträgt.

Im Akonto-System entfällt diese Möglichkeit, da allfällige Gewinne an die Versicherten zurückzuerstatten sind. Das wichtigste Instrument zur nachhaltigen Verbesserung der finanziellen Lage steht somit im neuen System nicht mehr zur Verfügung.<sup>16</sup>

Demgegenüber haben die Versicherer im heutigen System bei einer hohen Solvenzquote die Möglichkeit, ihre Reserven abzubauen, indem sie die Prämien knapp kalkulieren. Dieses Instrument ist im neuen System nicht anwendbar, denn Verluste werden mit der Schlussabrechnung ausgeglichen. Somit müssten Nachzahlungen von den Versicherten verlangt werden und die Reserve würde nicht sinken. Darüber hinaus gibt es im heutigen System das Instrument des freiwilligen Reserveabbaus durch Ausgleichsbeträge. Dieses wäre im neuen System denkbar. Da es dem Instrument Knapp Kalkulieren nachgeordnet ist, also nur nach Ausschöpfung von Knapp Kalkulieren angewendet werden darf, wäre die gesetzliche Grundlage entsprechend anzupassen.

#### **4.2.4 Datengrundlage für die Berechnung der Höhe der Schlussabrechnung**

Für die Berechnung der Schlussabrechnung ist die Wahl einer geeigneten Datengrundlage von zentraler Bedeutung. Im vorgeschlagenen Akonto-System dient der 30. Juni des Folgejahres ( $t+1$ ) als Stichtag für das Behandlungsjahr ( $t$ ). Zu diesem Zeitpunkt sind rund 97 % der prämiensfinanzierten Kosten abgerechnet. Die Rechnungsstellung beträgt 5 Jahre (Art. 24 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG; SR 830.1 i.V.m. Art. 1 KVG).

Da jedoch noch nicht alle Abrechnungen vollständig vorliegen, sind die Versicherer weiterhin auf Schätzungen der Kosten des Behandlungsjahres angewiesen. Dabei variiert der Anteil bereits abgerechneten Kosten stark zwischen einzelnen Versicherern und Leistungserbringern. Externe Faktoren wie Tarifanpassungen oder Umstellungen der

---

<sup>16</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 31.

IT-Systeme können zudem zu erheblichen Verzögerungen in der Abrechnung führen und somit den Abdeckungsgrad senken. Schätzungen der noch ausstehenden Abrechnungen sind daher notwendig, um die Leistungskosten vollständig abzubilden.<sup>17</sup>

Bei der Festlegung der Schlussabrechnung ist außerdem der Risikoausgleich zu berücksichtigen. Der definitive Risikoausgleichsbetrag für das Behandlungsjahr ( $t$ ) steht erst im Jahr ( $t+1$ ) fest, was auch im neuen System unverändert bleibt. Da die Stichtage für die Schlussabrechnung und für den Risikoausgleich nicht identisch sind, müsste geklärt werden, wie mit dieser zeitlichen Differenz umzugehen ist.<sup>18</sup>

#### **4.2.5 Zusätzlicher administrativer Aufwand eines Systemwechsels**

Ein Wechsel zum Akonto-System führt zu einem deutlichen Anstieg des administrativen Aufwands für die Versicherer, da sie im selben Zeitraum zwei separate Berechnungen durchführen müssen. Zum einen ist die Akonto-Prämie für das kommende Jahr ( $t+1$ ) zu ermitteln, zum anderen die Schlussrechnung für das vergangene Behandlungsjahr ( $t$ ). Darüber hinaus erfordert das neue System Anpassungen der EDV-Systeme.

Die Einführung der Schlussabrechnung erhöht den jährlichen Aufwand für Abrechnung und Kundenkommunikation, da Versicherte über Rückzahlungen oder Nachforderungen informiert werden müssen. Auch der Datenaustausch mit den Kantonen, insbesondere im Bereich mit kantonalen Sozialleistungen wie der Prämienverbilligung, wird dadurch komplexer.<sup>19</sup>

Die Versicherer sind verpflichtet, die Daten ehemaliger versicherten Personen länger vorzuhalten. Dies stellt eine Herausforderung dar, da einige Versicherte den Wohnort ändern, ins Ausland ziehen, nicht mehr auffindbar oder gestorben sind. Dadurch steigt das Risiko von Prämienausständen und Verlustscheinen und ebenso der damit verbundene administrative Aufwand für die Versicherer.

Im neuen System sind sämtliche prämienbezogenen Daten und Auswertungen getrennt für Akontozahlung und Schlussabrechnung auszuweisen, was den Aufwand für die Versicherer deutlich erhöht.

#### **4.2.6 Höhe und Bildung der Reserven**

Die Versicherer müssen auch in einem Akonto-System über ausreichend Reserven verfügen, um ihre Zahlungsfähigkeit jederzeit sicherzustellen. Die grössten Risiken für die Versicherer ergeben sich aus möglichen Schwankungen bei den Kapitalanlagen, Kreditrisiken sowie unerwarteten Schwankungen von Leistungskosten und dem Risikoausgleich.

---

<sup>17</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 20.

<sup>18</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 20f.

<sup>19</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 22.

Ein höherer Reservebedarf ergibt sich insbesondere durch das erhöhte Risiko allfälligen Debitorenverluste, wie zum Beispiel Ausstände aus Prämien und Kostenbeteiligungen ehemaliger Versicherter, die nicht erreichbar bzw. auffindbar sind, sowie zusätzliche Rückstellungen aufgrund unerwarteter Inkassoverfahren für Nachzahlungen gebildet werden müssen. Ein tieferer Reservebedarf ergibt sich hingegen aus dem stark reduzierten versicherungstechnischen Risiko, denn die Versicherer erhalten Kompensation in Form der Schlussabrechnungen. Hier spiegelt sich die Tatsache wider, dass das Risiko schwankender Kosten im Akonto-System vollständig auf die Versicherten übertragen wird.<sup>20</sup>

Derzeit erfolgt der Aufbau oder Abbau von Reserven sowohl über das versicherungstechnische Ergebnis (d. h. über die Prämien) als auch über Kapitalerträge bzw. -verluste. Im vorgeschlagenen Akonto-System entfällt die Möglichkeit, Reserven über das versicherungstechnische Ergebnis zu bilden, da dieses durch die Schlussabrechnung weitgehend ausgeglichen wird. In der Folge kann ein Reserveaufbau künftig nur noch über Kapitalerträge erfolgen. Dies schränkt die Handlungsspielräume der Versicherer insbesondere in finanziell angespannten Situationen erheblich ein und könnte tendenziell zu einer Zunahme von Insolvenzen führen.

Um die Zahlungsfähigkeit der Versicherer zu gewährleisten, gibt es den Insolvenzfonds (vgl. Art. 47 ff. KVAG). Auch im neuen System ist dieser notwendig, da das Risiko der Zahlungsunfähigkeit eines Versicherers auch im neuen System bestehen bleibt.<sup>21</sup>

## 4.3 Kantone

Die Kantone sind bei einer Umstellung auf ein Akonto-System in unterschiedlicher Hinsicht betroffen. Die im vorliegenden Bericht genannten Auswirkungen beschränken sich auf die kantonalen Kosten, den Prämiengenehmigungsprozess, die Prämienausstände und Verlustscheine, die Individuelle Prämienverbilligung sowie den damit verbundenen administrativen Aufwand der Kantone.

### 4.3.1 Stärkere Ausrichtung der Prämien an den kantonalen Kosten

Die Prämien müssen die erwarteten kantonalen Kosten decken (Art. 16 Abs. 3 KVAG). Im Akonto-System erfolgt die Festlegung der Akonto-Prämie und effektiven Prämie pro Versicherer und Kanton sowie zusätzlich pro Jahr. Dadurch bildet die Gesamtprämie (Akontozahlung plus Schlussabrechnung) die tatsächlichen kantonalen Kosten im jeweiligen Jahr besser ab. Überschüssigen Prämieneinnahmen werden den Versicherten des jeweiligen Kantons zurückerstattet.<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 23f.

<sup>21</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 23.

<sup>22</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 32.

#### **4.3.2 Kantonale Stellungnahmen im Rahmen der Prämiengenehmigung**

Die Kantone haben derzeit die Möglichkeit, im Rahmen der Prämiengenehmigung zur Ersteingabe der von den Versicherern vorgeschlagenen Prämientarife Stellung zu nehmen, basierend auf der Kostenschätzung für ihren jeweiligen Kanton (Art. 16 Abs. 6 KVAG). Diese Möglichkeit würde auch bei einem Systemwechsel beibehalten. Offen ist jedoch, ob die Kantone künftig auch zur Schlussabrechnung Stellung nehmen können.<sup>23</sup> Da die kantonalen Beträge im neuen System festgelegt sind, würde die Stellungnahme sich folglich nicht auf die Höhe, sondern nur auf die Verteilung beziehen.

#### **4.3.3 Erhöhte finanzielle Belastungen durch Prämienausstände und Verlustscheine**

Die Kantone tragen bereits heute zu einem grossen Teil die finanziellen Belastungen, die durch ausstehende Prämienzahlungen ihrer Versicherten entstehen. Besteht ein Verlustschein, übernimmt der Kanton (beziehungsweise die Gemeinden) 85 Prozent der Forderungen des Versicherers (Art. 64a Abs. 4 KVG).

Mit der Einführung eines Akonto-Systems wird erwartet, dass die Zahl der Verlustscheine zunimmt. Zu den Verlustscheinen für die Akonto-Prämie, die ähnlich hoch ausfallen dürften wie im heutigen System, treten Verlustscheine für Nachzahlungen hinzu, falls die Akonto-Prämien zu tief angesetzt wurden. Versicherte mit tieferen Einkommen werden die Nachzahlungen häufig nicht leisten können, weil sie nicht eingeplant wurden. In diesen Fällen müssten die Kantone die ausstehenden Beträge für ihre Versicherten übernehmen, was zu einem Anstieg der kantonalen Ausgaben führt.<sup>24</sup>

#### **4.3.4 Auswirkungen auf die Individuelle Prämienverbilligung**

Für die Ausgestaltung der Prämienverbilligung sind die Kantone zuständig (Art. 65 Abs. 1 KVG). Sie legen den Kreis der anspruchsberechtigten Personen, die Höhe der Verbilligung, das Verfahren sowie die Auszahlungsmodalitäten fest. Dadurch können sie die Prämienverbilligung auf das kantonale Prämieniveau, das bestehende System der Sozialleistungen sowie ihre kantonale Steuerpolitik abstimmen.

Im Rahmen der Anspruchsprüfung stellt sich die Frage, ob für die Beurteilung der Anspruchsberechtigung die Akonto-Prämie oder die effektive Prämie massgebend ist.

Auf kantonaler Ebene werden derzeit unterschiedliche Prämien angewendet (z.B. Durchschnittsprämie, Richtprämie oder mittlere Prämie). Die Durchschnittsprämie entspricht der Prämie für Erwachsene mit Franchise 300 und für Kinder Franchise 0 und einschliesslich Unfall. Die mittlere Prämie entspricht dem Mittelwert, welcher von den Versicherten tatsächlich bezahlt wird. Die Richtprämie ist eine standardisierte Prämie, die im Kontext mit der Prämienverbilligung verwendet wird.

---

<sup>23</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 32.

<sup>24</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 32f.

Wird die mittlere Prämie für die Anspruchsberechnung herangezogen, sind die Versicherten am stärksten von Abweichungen zwischen der Akonto-Prämie und effektive Prämie betroffen. Bei Verwendung der Richt- oder Durchschnittsprämie ist diese Volatilität geringer, sodass die Auswirkungen auf die Antragstellenden geringer ausfallen.<sup>25</sup>

Insbesondere bei versicherten Personen mit einem Einkommen nahe der Anspruchsgrenze kann die Wahl der Berechnungsgrundlage zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. So kann ein Anspruch auf individuelle Prämienverbilligung bestehen, wenn die effektive Prämie berücksichtigt wird, während bei Heranziehung der Akonto-Prämie kein Anspruch ausgewiesen wird (und umgekehrt). Mit einem Wechsel des Systems sind daher relevante Umsetzungsfragen zu klären.<sup>26</sup>

Die kantonalen Budgets für die Prämienverbilligung sind, unter der Annahme unveränderter IPV-Systeme, grundsätzlich nicht betroffen, denn die Prämien decken weiterhin die prämienfinanzierten Kosten. Möglicherweise müssen zusätzliche Reserven gebildet werden für unerwartet hohe Schlussabrechnungen und systematisch zu tiefe Akonto-Prämien.<sup>27</sup>

#### **4.3.5 Erhöhung des administrativen Aufwands innerhalb des Kantons**

Der Systemwechsel führt zu einem erhöhten administrativen Aufwand innerhalb der kantonalen Verwaltungen. Zur Stellungnahme im Rahmen der Genehmigung der Akonto-Prämien würde ggf. eine Stellungnahme zu den Schlussabrechnungen hinzutreten. Die Abwicklung des möglichen Anstiegs der Verlustscheine verursacht weiterhin einen erheblichen zusätzlichen administrativen Aufwand innerhalb der kantonalen Verwaltung.<sup>28</sup> Eine wesentliche Mehrbelastung ist insbesondere im Zusammenhang mit der Bearbeitung zusätzlicher Verlustscheine zu erwarten. Verlustscheine treten im neuen System für die Akonto-Prämien und neu zusätzlich für die Schlussabrechnungen auf. Die Budgetierung für die IPV-Zahlungen ist im neuen System ebenfalls zweistufig, da Akontozahlung und ggf. Schlussabrechnung zu berücksichtigen sind. Auch die Abwicklung der Prämienverbilligung dürfte mit zusätzlichem administrativem Aufwand verbunden sein. Daher ist davon auszugehen, dass den Kantonen zusätzliche Kosten entstehen werden.<sup>29</sup>

### **4.4 Aufsicht**

Bei einem Systemwechsel zu einem Akonto-System ist die Aufsichtsbehörde in verschiedener Hinsicht betroffen. Dabei ergeben sich mehrere relevante Auswirkungen,

---

<sup>25</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 33.

<sup>26</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 33.

<sup>27</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 36.

<sup>28</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 32.

<sup>29</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 34.

insbesondere auf die Ausgestaltung und Durchführung der aufsichtsrechtlichen Tätigkeiten, die Möglichkeit eines Reserveaufbaus zur Sicherstellung der Zahlungsfähigkeit gewisser Versicherer sowie die Methodik zur Berechnung des Bundesanteils an der individuellen Prämienverbilligung.

#### **4.4.1 Auswirkungen auf den Prämiengenehmigungsprozess**

Bei einem Akonto-System ergeben sich neue Herausforderungen im Prämiengenehmigungsprozess. Die Prämien müssen die kantonalen Kosten decken (Art. 16 Abs. 3 KVAG). Die Versicherer sind verpflichtet, die Akonto-Prämien jeweils per Ende Juli der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung vorzulegen (vgl. Art. 27 Abs. 1 KAV). Die Aufsichtsbehörde analysiert die eingereichten Daten und prüft, ob sie den gesetzlichen Vorgaben entsprechen. Dabei kontrolliert sie insbesondere, ob die erwarteten Prämien-einnahmen die zukünftigen Kosten pro Versicherer und Kanton decken. Entsprechen die eingegebenen Akonto-Prämien den gesetzlichen Anforderungen, werden sie durch das BAG genehmigt (vgl. Art. 16 Abs. 1 KVAG).

Zusätzlich zu den Akonto-Prämien wird die Schlussabrechnung zur Genehmigung eingereicht. Im Rahmen eines Systemwechsels entstehen dadurch zusätzliche Aufgaben für die Aufsichtsbehörde im Prämiengenehmigungsprozess. Unter anderem müsste die Aufsichtsbehörde zusätzlich die Schlussabrechnungen berücksichtigen, welche durch den Systemwechsel entstehen. Wie in Abschnitt 3 beschrieben reichen die Versicherer die Schlussabrechnung für das Jahr  $t$  bis am 31. Juli des Folgejahres ( $t+1$ ) bei der Aufsichtsbehörde ein, die diese bis Ende September geprüft. Die zusätzlichen Prüfungen würden insbesondere in den Monaten Juli bis September parallel zur Prüfung der Akonto-Prämien für das kommende Jahr erfolgen. Dies führt zu erheblichen zusätzlichen Aufgaben und Aufwänden der Aufsichtsbehörde und bedingt zusätzliche Personalressourcen.<sup>30</sup>

Die Prüfung und Genehmigung der Schlussabrechnungen sind auf die Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen begrenzt. Die Höhe der Gesamtprämie (Akontozahlung und Schlussabrechnung) ist im neuen System verbindlich festgelegt. Sie entspricht den gesamthaft angefallenen Kosten des Behandlungsjahrs pro Versicherer und Kanton. Die Prüfung der Aufsicht bezieht sich u. a. auf die Verteilung auf die Altersklassen etc.

Alle prämienbezogenen Daten und Auswertungen würden sich in etwa verdoppeln. Alle Prämiendaten sind im neuen System auf die Akontozahlung und Schlussabrechnung aufgeteilt. Das Verhältnis der Kosten zu den Prämien, die Combined Ratio, ist im neuen System jeweils vor und nach Schlussabrechnung zu berechnen und im Prozess zu be-

---

<sup>30</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 31.

rücksichtigen. Abgesehen von der Prämiengenehmigung ist diese Aufteilung in der gesamten Berichterstattung des BAG, z. B. im Dashboard Krankenversicherung<sup>31</sup>, vorzunehmen.

#### **4.4.2 Sicherstellung der Zahlungsfähigkeit der Versicherer**

Eine Umstellung auf ein System mit Akonto-Zahlung und Schlussabrechnung würde eine Anpassung des Solvenztests erforderlich machen, um die spezifischen Risiken des Systems adäquat abzubilden. In diesem Zusammenhang muss die Bewertung der bereits abgebildeten Risiken überprüft werden. Insbesondere ist davon auszugehen, dass das Risiko von Schwankungen der Leistungskosten abnimmt, da es im neuen System weitgehend von den Versicherten getragen wird. Gleichzeitig sind neue Risikofaktoren wie beispielsweise ein höheres Inkassorisiko zu berücksichtigen.

Eine unterjährige Prämierhöhung kann möglicherweise auch im neuen System verankert werden. Es ist jedoch zu klären, wie diese Massnahme im Rahmen des Akonto-Systems umgesetzt werden kann. Es ist fraglich, ob ein Reserveaufbau erzielt werden könnte.<sup>32</sup>

Somit stehen der Aufsichtsbehörde – und im Übrigen auch den Versicherern - kaum noch Instrumente zur Verfügung, um mögliche finanzielle Schwierigkeiten zu beheben. In der Folge könnte sich die Zahl der festgestellten Insolvenzen erhöhen, die Zahl der Versicherer würde voraussichtlich sinken.

#### **4.4.3 Berechnung des Bundesbeitrags an die Prämienverbilligung**

Die Bruttokosten zur Berechnung des Bundesbeitrages nach Artikel 66 KVG entsprechen der Summe aller kantonalen Bruttokosten nach Artikel 7 Verordnung über die Beiträge der Kantone und des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (VPVK; SR 832.112.4).<sup>33</sup> Hinzu kommen die Bruttokosten der Versicherten nach den Artikeln 4 und 5 Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) mit Wohnsitz oder Aufenthalt ausserhalb der Europäischen Union, der Europäischen Freihandelsassoziation oder des Vereinigten Königreichs (Art. 17 VPVK). Der Bundesbeitrag entspricht 7.5% der Bruttokosten (Art. 19 Abs. 3 VPVK).

Die Bruttokosten setzen sich zusammen aus der Summe des kantonalen Prämiensolls und der Kostenbeteiligung der Versicherten im jeweiligen Kanton. Für die Berechnung des Prämienolls wird die mittlere Prämie a priori nach Artikel 92 der Verordnung über

---

<sup>31</sup> <https://dashboardkrankenversicherung.admin.ch/uebersicht.html> (zuletzt aufgerufen am 5. September 2025)

<sup>32</sup> Vgl. Balthasar, Bischof und Ritz (2025), S. 30.

<sup>33</sup> Die rechtlichen Ausführungen in diesem Absatz stützen sich auf die Rechtslage ab dem 1. Januar 2026.

die Krankenversicherung, KVV; SR 832.102<sup>34</sup> verwendet. Im Rahmen eines neuen Systems müsste geklärt werden, ob für die Berechnung der Bruttokosten die Akonto-Prämie oder die effektive Prämie verwendet, heranzuziehen ist. Dabei wäre der zeitliche Verzug zu beachten, da die effektiven Prämien erst im Folgejahr bekannt sind.

---

<sup>34</sup> Artikel 92 KVV tritt ab dem 1. Januar 2026 in Kraft.

## 5 Fazit und Empfehlungen

Die Einführung eines Akonto-Systems ist in den betroffenen Bereichen wie etwa der Festlegung der Prämienhöhe, der Sicherstellung der Zahlungsfähigkeit der Versicherer sowie der Anwendung der Sozialleistungen grundsätzlich machbar für die Versicherten, Versicherer, die Kantone sowie die Aufsichtsbehörde.

Die konkrete Ausgestaltung bringt vielfältige Herausforderungen mit sich. Bestehende gesetzliche Grundlagen und Abläufe müssten angepasst werden, operative Prozesse neu ausgestaltet werden. Der Umfang und die Art der Anpassungen variierten dabei je nach Anspruchsgruppe deutlich. Darüber hinaus ist mit einem erheblichen Einführungsaufwand zu rechnen.

Der administrative Aufwand steigt für alle Beteiligten deutlich. Die Versicherer müssen ihre Versicherten zweimal jährlich über die Prämien bzw. die Schlussabrechnung (Rückvergütung oder Nachzahlung) informieren. Können Versicherte ihre Schlussrechnung nicht begleichen, entstehen im neuen System voraussichtlich zusätzliche finanzielle Aufwände durch Prämienausstände oder Verlustscheine, welche von den Kantonen zu tragen sind. Die Versicherer sind verpflichtet, solche Verlustscheine auszustellen, was den administrativen Aufwand zusätzlich erhöht. Auch die Aufsichtsbehörde muss jährlich die Akonto-Prämien des Folgejahres als auch die effektiven Prämien des Behandlungsjahres bis Ende September des laufenden Jahres genehmigen, was ebenfalls mit einem erheblichen administrativen Aufwand verbunden ist.

Die Berechnung der Akonto-Prämie stellt eine Herausforderung für die Anspruchsgruppen dar. Für die Versicherten bleibt unklar, ob es im Rahmen der Schlussabrechnung zu Rückvergütungen oder Nachzahlungen kommt. Versicherer müssen parallel die Akonto-Prämien als auch effektiven Prämie festlegen, was den internen Aufwand deutlich erhöht. Zudem besteht das Risiko, dass die Versicherer durch zu tief angesetzte Akonto-Prämien (Lockvogel-Angebote) gezielt Versicherte anwerben und für zwei Jahre gewinnen, die allfälligen Nachzahlungen sind von den Versicherten zu leisten. Für die Kantone wiederum entstehen Unsicherheiten bei der Auszahlung von Sozialleistungen, z.B. der Prämienverbilligung oder von Ergänzungsleistungen.

Die Versicherer sind verpflichtet ihre Zahlungsfähigkeit zu gewährleisten, insbesondere Reserven aufzubauen, falls die gesetzlichen Anforderungen verletzt werden. Unter dem heutigen System erfolgt der Reserveaufbau über die Prämien bzw. versicherungstechnischen Gewinn. Für das Akonto-System müssen neue Voraussetzungen für die Bildung von Reserven geschaffen werden, um die Zahlungsfähigkeit der Versicherer weiterhin gewährleisten zu können. Unklar bleibt jedoch, mit welchen Instrumenten im neuen System die Reserven aufgebaut werden können. Außerdem muss der KVG-Solvenztest angepasst werden, insbesondere um neue Risiken wie das zusätzliche Inkassorisiko abzubilden.

Zudem ist eine umfassende Information der Versicherten essenziell, um Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Zahlungsflüsse sicherzustellen. Dabei muss auch definiert werden, welche Informationen zu welchem Zeitpunkt kommuniziert werden.

Eine Einführung hat weitreichende Auswirkungen auf bestehende, gut funktionierende Prozesse und erfordert erhebliche Anpassungen auf verschiedenen Bereichen und für die verschiedenen Anspruchsgruppen.

So müsste unter anderem der KVG-Solvenztest überarbeitet werden. Eine Berücksichtigung neuer Risiken, wie etwa des Inkassorisikos, würde zudem eine Änderung der gesetzlichen Grundlagen voraussetzen. Darüber hinaus sind Fragen offen hinsichtlich der Umsetzung der aufsichtsrechtlichen Instrumente zur Sicherstellung der Zahlungsfähigkeit der Versicherer.

Ebenso muss geprüft werden, ob die Möglichkeit eines Reserveabbaus bei hoher Solvenz durch ein Gesuch an die Aufsichtsbehörde erhalten bleibt. Es ist zu klären, in welchem Umfang und in welcher Form dieses Instrument auch im Akonto-System weitergeführt werden können.

Unklar ist ausserdem, ob und wie eine unterjährige Prämien erhöhung im Rahmen des Akonto-Systems umgesetzt werden könnte. Zwar lässt sich eine solche Massnahme grundsätzlich auch in einem neuen System verankern, es wäre jedoch zu klären, unter welchen Voraussetzungen dies möglich wäre.

Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass in kleinen Versicherungskollektiven die Schlussabrechnung des Behandlungsjahres für die Versicherten eines Kantons aufgrund hoher Kosten von einzelnen Versicherten hoch ausfallen kann. Hierfür müsste eine Lösung entwickelt werden.

Zusammenfassend stellen sich zahlreiche Herausforderungen bei einer Einführung eines Akonto-Systems. In den vergangenen Jahren unterschieden sich die schweizweit verdienten Prämien pro Kopf nicht wesentlich von den durchschnittlichen prämiengenfinanzierten Kosten. Auch die Entwicklung der Reserven zeigt, dass die bestehenden Instrumente wirksam eingesetzt werden können.

Die Einführung eines neuen Systems wäre somit mit zahlreichen Herausforderungen und Unsicherheiten verbunden. Das bestehende System hat sich bewährt und gewährleistet Transparenz. Alle befragten Expertinnen und Experten beurteilen die Nachteile einer Umstellung auf ein Akonto-System als deutlich überwiegend gegenüber den potenziellen Vorteilen.

Der Bundesrat hat die Annahme des Postulats beantragt, damit das vorgeschlagene System untersucht wird. Nach Abschluss der vorgenommenen Analyse kommt er zum Schluss, dass das bestehende System in ausreichendem Umfang das kantonale Kostendeckungsprinzip gewährleistet und sich bewährt hat. Deshalb soll auf eine Änderung des bestehenden Systems verzichtet werden.