



CH-3003 Bern  
BAG

---

An die KVG-Versicherer  
und ihre Rückversicherer

<b>Kreisschreiben Nr.:</b>	<b>5.1</b>
<b>Inkrafttreten:</b>	<b>1. Juni 2017</b>

Referenz/Aktenzeichen:  
Unser Zeichen: FJA  
Sachbearbeiter/in: Janine Frey  
Bern, 12. April 2017

## **Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung**

### **1. Vorwort**

In diesem Kreisschreiben werden allgemeine Fragen zu den Prämien der sozialen Krankenversicherung geregelt.

Dieses Kreisschreiben enthält eine Zusammenfassung der Vorschriften, die für die Prämien der sozialen Krankenversicherung gelten und zeigt die Praxis des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) im Bereich der Prämien genehmigung auf.

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

Gemäss Art. 27 Abs. 1 der Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAV) reichen die Versicherer die Prämientarife der OKP sowie deren Änderungen der Aufsichtsbehörde spätestens fünf Monate, bevor sie zur Anwendung gelangen, zur Genehmigung ein. 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 Prämieeingabe 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 (vgl. Art. 16 Abs. 4 und 5 KVAG).

Bestehen aufgrund der vom Versicherer eingereichten Unterlagen 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.

**Anpassung der Tarifstruktur TARMED:** Die Versicherer berücksichtigen bei ihrer Prämieeingabe keine Einspareffekte der sich in Vernehmlassung befindenden Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung. Sollte im August 2017 indes bereits konkreter sichtbar sein, ob und wie sich die Anpassung der Tarifstruktur TARMED auf die Kosten 2018 auswirkt, wird das BAG im Rahmen der Rückmeldungen an die Versicherer die Auswirkungen berücksichtigen. Dazu sind die Versicherer gebeten, bei ihrer Prämieeingabe im Kommentarfeld pro Kanton und/oder für das ganze Tätigkeitsgebiet anzugeben, mit welchem Einfluss auf die Kosten 2018 sie rechnen, falls die Tarifstruktur gemäss der Vernehmlassungsvorlage umgesetzt wird.

## **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 (vgl. 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 Ergebnisrechnungen der 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).

Bei zu tiefen Reserven muss ein Reserveaufbau über die Prämien erfolgen.

Die Solvenz der Versicherer wird anhand des KVG-Solvencetests geprüft. Im KVG-Solvencetest werden die Mindestreserven und die vorhandenen Reserven der Krankenversicherer zu Beginn des laufenden Jahres ermittelt. Mit der Übermittlung der Daten für die Prämien genehmigung müssen die Versicherer dem BAG auch eine Schätzung der möglichen vorhandenen Reservenbestände per 1. Januar 2018 und eine Prognose der Mindesthöhe der Reserven 2018 zukommen lassen (vgl. Art. 14 KVAG, Art. 12 Abs. 3 KVAV sowie Ziffer 5 Unterjähriger Solvencetest).

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 verboten.

## 2.2 Besonderheiten der OKP Schweiz

- Kantonale und regionale Abstufung der Prämien der OKP Schweiz: 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. Ziffer 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 zu decken vermögen. Das BAG stützt sich zur Prüfung der Kostendeckung auf die Combined Ratio, die wie folgt berechnet wird:

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

Dabei bezeichnet:

- Versicherungsaufwand k den kantonalen Wert von „Schaden- und Leistungsaufwand für eigene Rechnung“ (→ Kontengruppe 4 kantonal),
- 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. Bei der Berechnung der Combined Ratio wird zusätzlich noch die Schweizer Cost Ratio des Versicherers berücksichtigt.

Nicht kostendeckende oder unangemessen hohe Prämien werden vom BAG nicht genehmigt. Das BAG berücksichtigt bei der Prüfung der Kostendeckung die vom Versicherer geschätzten Kapitalerträge, die der OKP Schweiz zugewiesen werden (vgl. Ziffer 2.1). 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, welche die Differenz zwischen Rückversicherungsprämie und den erwarteten Rückversicherungsleistungen als Aufwand betrachtet. Mit der Festlegung der kantonalen Prämien muss eine Angleichung der kantonalen Combined Ratios angestrebt werden, so dass die Kantone gleichmässig zum Ergebnis beitragen.

- **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 vor, wenn die Kosten einer einzelnen versicherten Person erheblichen Einfluss auf die Prämien der Versicherten des Bestandes ausüben, namentlich 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 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 2017, 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.
- **Rückstellungen:** Für die Deckung der Kosten von bereits durchgeführten, aber noch nicht abgerechneten Behandlungen müssen gemäss Art. 13 KVAG versicherungstechnische Rückstellungen gebildet werden. Dazu zählen auch die Kosten, die beim Versicherer zur Bearbeitung der Rechnungen anfallen werden. Massgebend ist der individuelle Bedarf jedes Versicherers in den Kantonen seines Tätigkeitsgebietes nach einer bestmöglichen Schätzung (= best estimate). Hinweis: Das BAG stützt sich zur Beurteilung der Rückstellungen auf die folgende Rückstellungsquote:

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

Dabei bezeichnet  $R_{31.12.t}$  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)

### 2.3 Besonderheiten der OKP EU

- **Pflicht zur Durchführung der OKP EU:** Versicherer, deren Bestand in der OKP Schweiz 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 und in Norwegen durchzuführen, befreien lassen. Ein entsprechendes Gesuch muss bis zum 30. Juni 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 und Norwegen 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 geschätzten Kapitalerträge, die der OKP EU zugewiesen werden, berücksichtigt werden dürfen (vgl. Ziffer 2.1).
- **Abstufung der Prämien nach Staaten:** Bei der Festlegung von Prämien für die einzelnen Staaten beachtet der Versicherer die Kostenunterschiede zwischen den verschiedenen Staaten. Eine weitere Differenzierung der Prämien innerhalb eines Staates durch die Bildung von Prämienregionen ist hingegen nicht zulässig.

- 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.

## **2.4 Besonderheiten der freiwilligen Taggeldversicherung**

- Pflicht zur Durchführung der freiwilligen Taggeldversicherung: Gemäss Art. 5 Bst. h KVAG müssen alle Versicherer, welche die OKP anbieten, die freiwillige Taggeldversicherung 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 Behandlungen 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. Falls die Prämien nach dem Eintrittsalter abgestuft werden, ist die Bildung von Alterungsrückstellungen vorzusehen.
- Kostendeckung: Die Prämien müssen kostendeckend sein, wobei die vom Versicherer geschätzten Kapitalerträge, die der freiwilligen Taggeldversicherung (Einzelsicherung) zugewiesen werden, berücksichtigt werden dürfen (vgl. Ziffer 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 Schweiz innerhalb der Kantone regional abzustufen. Das EDI legt die Regionen sowie die basierend auf den Kostenunterschieden zwischen den Regionen maximal zulässigen Prämienunterschiede einheitlich fest.

In der Verordnung des EDI über die Prämienregionen (SR 832.106) wird in Art. 2 festgehalten, dass – wenn der Versicherer eine Abstufung der Prämien nach Regionen vornimmt – die Differenz für die Prämien der ordentlichen Versicherung mit Unfaldeckung höchstens betragen darf:

- 15 Prozent zwischen der Region 1. und der Region 2,
- 10 Prozent zwischen der Region 2 und der Region 3.

Bei Kantonen mit zwei Prämienregionen ist einzig die Differenz von 15 Prozent 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 Prozent. 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 Prozent.

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 [www.priminfo.ch](http://www.priminfo.ch) publiziert. Sie sind von den Versicherern auf den 1.1. des entsprechenden Jahres anzuwenden und sind den Versicherten rechtzeitig bekannt zu geben.

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 Versicherung mit ordentlicher Franchise.

### 3.1.2 Altersabhängige Prämienermässigungen

Art. 61 Abs. 3 KVG

Gemäss Art. 61 Abs. 3 KVG müssen die Versicherer für Versicherte bis zum vollendeten 18. Altersjahr (Kinder) eine tiefere Prämie festsetzen als für ältere Versicherte (Erwachsene). Die Versicherer sind nicht berechtigt, Kinder von der Bezahlung der Prämien vollständig zu befreien<sup>1</sup>. Es steht den Versicherern frei, die besondere Situation von kinderreichen Familien zu berücksichtigen und beispielsweise ab dem dritten Kind einen zusätzlichen Rabatt zu gewähren.

Gemäss Art. 61 Abs. 3 zweiter Satz KVG können die Versicherer für junge Erwachsene im Alter von 19 bis 25 Jahren tiefere Prämien festsetzen. Junge Erwachsene im Alter von 19 bis 25 Jahren bilden keine spezifische Risikogruppe, sondern gehören zur Risikogruppe der Erwachsenen. Da es sich bei dieser Norm um eine Bestimmung mit familienpolitischem Charakter handelt, müssen die Versicherer für die Gewährung von Prämienermässigungen zu Gunsten von jungen Erwachsenen keine betriebswirtschaftlichen Begründungen liefern. Die Deckung der Gesamtkosten muss in jedem Fall durch die Prämien der ganzen Risikogruppe, d. h. durch alle Versicherten eines Kantons, gewährleistet sein.

Technische Erläuterungen:

- Die altersabhängigen Ermässigungen können von Kanton zu Kanton unterschiedlich festgesetzt werden.
- Werden Prämien für „weitere“ Kinder angeboten, sind diese tiefer anzusetzen als die „normalen“ Kinderprämien.

### 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 Schweiz 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).

<sup>1</sup> Vgl. Entscheid des Bundesrates vom 22. Oktober 1997, in RKUV 6/1997, S. 399 ff.

Im Urteil 9C\_599/2007 des Bundesgerichtes vom 18. Dezember 2007 betreffend Art. 90b KVV, 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 – auch bei Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer – nicht zulässig.

### 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 darf nur in der OKP Schweiz angeboten werden (vgl. Art. 101a KVV).

Prämienermässigungen für die Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer 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 eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer, für die Erfahrungszahlen von mindestens fünf Jahren vorliegen, gelten die Bestimmungen im Kreisschreiben 5.3 vom 13. März 2015.

Für Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer, für die keine Erfahrungszahlen von fünf Jahren vorliegen, 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) Nach Art. 101 Abs. 3 KVV darf die Prämienermässigung 20 Prozent der Prämie der ordentlichen Versicherung nicht überschreiten.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> 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.

Um die Vorgabe 1) zu erfüllen, stehen den Versicherern die folgenden Optionen offen:

- a) Die Prämienermässigung jeder einzelnen Prämie des Tarifs ist kleiner als 14 Prozent der entsprechenden Basisprämien, d.h. tiefer als der Branchendurchschnitt der durchschnittlichen, risikobereinigten Kosteneinsparungen der Tarife mit Kostennachweis nach Kreisschreiben 5.3.
- b) Die durchschnittliche Prämienermässigung des Tarifs ist kleiner als 14 Prozent der durchschnittlichen Basisprämie. Die Durchschnitte der Prämienermässigung und der Basisprämie sind gewichtet nach detaillierten Risikobeständen zu berechnen. Sind seit der Einführung des Modells noch keine zwei Jahre vergangen, müssen die detaillierten Risikobestände gemäss der Beilage zum Kreisschreiben 5.3 (erster Abschnitt) zeitgleich mit der Prämieeingabe eingereicht werden.
- c) Vergleich der Rabatte mit den Einsparungen bestehender Modelle in den ersten vier Jahren seit Einführung des Modelles. 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.
- d) Kostennachweis im Sinne von Kreisschreiben 5.3, der sich auf mindestens drei abgeschlossene Rechnungsjahre abstützt.

Die Nachweise für die Optionen c) oder d) sind dem BAG bis zum 30. Juni zu unterbreiten.

Die Vorgabe 2) muss in jedem Fall erfüllt sein.

Technische Erläuterungen:

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

### **3.1.5 Prämienermässigung bei Wahlfranchisen in Kombination mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers**

Die in Ziffer 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

Gemäss Art. 8 Abs. 1 KVG kann die Deckung des Unfallrisikos sistiert werden, wenn der Versicherte nach dem Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG) für dieses Risiko voll versichert ist. 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 Prämie<sup>3</sup> 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.

## **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.

<sup>3</sup> Vgl. RKUV 1998, Nr. KV 23, S. 58, Erwäg. 2 a).

#### 4. Angabe der Prämien, Versicherungspolice und Publikation der Prämien durch den Versicherer

##### Art. 89 KVV

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.

Ausserdem müssen die Krankenversicherer bei der Ausstellung der Versicherungspolice die folgenden Punkte beachten:

- 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 Ausgleichsbetrag, der vom Versicherer an seine Versicherten erstattet wird, um Reserven abzubauen, wird von der genehmigten Prämie abgezogen und auf der Prämienrechnung gesondert ausgewiesen (Art. 26 Abs. 4 KVAV).
- Gemäss Art. 16 Abs. 1 KVAG dürfen die Prämientarife für die OKP und die freiwillige Einzeltaggeldversicherung vor ihrer Genehmigung weder veröffentlicht noch angewendet werden. Veröffentlicht der Versicherer den genehmigten Prämientarif, so muss er die Prämien für alle von ihm durchgeführten Versicherungsformen veröffentlichen (vgl. Art. 28 KVAV). Artikel 28 KVAV ist sinngemäss auch auf die Prämien der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung anwendbar (vgl. Art. 29 KVAV).

#### 5. Unterjähriger Solvenzttest

##### Art. 14 KVAG / Art. 12 Abs. 3 KVAV

Die KVAV sieht vor, dass die Versicherer mit der Prämieeingabe eine aktualisierte Solvenzberechnung vornehmen. Die so ermittelte erwartete provisorische Solvenzquote dient der Prüfung der Solvenz der Versicherer und hat einen Einfluss auf die Prämien genehmigung. Die ebenfalls ermittelten Varianten sind insbesondere für die Prüfung des Abbauplans für einen allfälligen freiwilligen Reserveabbau von Bedeutung. Alle Versicherer, welche die OKP anbieten, haben das Formular „Unterjähriger Solvenzttest“ auszufüllen.

Bei reinen Taggeldversicherern verzichtet das BAG auf die systematische Erhebung der provisorischen Solvenzquoten. Möchte ein reiner Taggeldversicherer jedoch seine Reserven abbauen, dann muss er ebenfalls eine Berechnung der provisorischen Solvenzquote 2018 vornehmen. Da das im Formular „Unterjähriger Solvenzttest“ verwendete Verfahren für reine Taggeldversicherer nur bedingt anwendbar ist, müssen solche Versicherer im Template für den KVG-Solvenzttest die drei unten beschriebenen Varianten rechnen und dem BAG zustellen.

Mit dem Formular „Unterjähriger Solvenzttest“ werden Schätzungen über den Stand der Reserven per 1. Januar 2018 sowie Prognosen zur Mindesthöhe der Reserven 2018 ermittelt. Es sind jeweils drei Varianten anzugeben, die erwartete, eine optimistische und eine pessimistische Variante. Für die optimistische und die pessimistische Variante können die Extremwerte der Vergangenheit (z.B. letzte zehn Jahre) verwendet werden. Die Varianten müssen in etwa die gleichen Abweichungen nach oben und unten aufweisen. Die Variation des Betriebsergebnisses 2018 muss grösser sein als die Variation des Betriebsergebnisses 2017, da die Unsicherheit bezüglich Ergebnis 2018 grösser ist. Die der optimistischen und der pessimistischen Variante zugrunde liegenden Annahmen sind zu begründen.

Das Formular und die Schätzungen, die verlangt werden, werden in der Benutzeranleitung für die Versicherer betreffend Prämieeingabe in ISAK detailliert beschrieben.

Das Formular „Unterjähriger Solvenzttest“ wird als Ad hoc-Erhebung in ISAK zur Verfügung gestellt und muss auch über die entsprechende Erhebung an das BAG übermittelt werden.

Versicherer, für welche die beschriebene vereinfachte Methode nicht adäquat ist, haben die Möglichkeit, mit der Prämieeingabe drei Varianten eines vollständigen Solvenzttests (Stichtag 1. Januar 2018) zu berechnen und einzureichen.

## 6. Freiwilliger Abbau von übermässigen Reserven

### Art. 26 KVAV

Gemäss Art. 26 KVAV können die Versicherer freiwillig Reserven abbauen, wenn diese übermässig zu werden drohen. Der Abbau der Reserven erfolgt über einen Ausgleichsbetrag, der den Versicherten ausgerichtet wird. Der festgelegte Betrag muss nach einem angemessenen, vom Versicherer bestimmten Schlüssel auf die Versicherten im örtlichen Tätigkeitsbereich verteilt werden.

Der Abbau erfolgt nach einem Abbauplan. Dieser muss zusammen mit den Prämieeingaben des Versicherers bis spätestens 31. Juli eingereicht werden und enthält mindestens folgende Angaben:

- Angaben zur Höhe des geplanten Reserveabbaus nach Kalenderjahren,
- Angaben zur Höhe der Ausgleichsbeträge, die den Versicherten in den Folgejahren ausgerichtet werden sollen,
- Angaben zur Definition der Versicherten, die von einem Ausgleichsbetrag profitieren sollen.

Das BAG überprüft den Abbauplan und kontrolliert jährlich, ob die Voraussetzungen für den Abbau im Folgejahr noch gegeben sind. Dabei stützt es sich auf die Angaben des Versicherers im unterjährigen Solvenzttest. Es genehmigt den Abbau, wenn die pessimistische Variante im unterjährigen Solvenzttest auch nach Abzug der Reserven, die abgebaut werden sollen, von den vorhandenen Reserven per 1. Januar 2018 eine Solvenzquote von mindestens 150 Prozent ergibt.

## 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 2017 zwei Erhebungen im Modul Prämien genehmigung von ISAK bereit: Eine für die Datenerhebung in Zusammenhang mit der Genehmigung der Prämien der OKP Schweiz und eine weitere für die Datenerhebung in Zusammenhang mit der Genehmigung der Prämien der OKP EU. In beiden Erhebungen sind neben allen in 2018 angebotenen Prämien die kantonalen Ergebnisrechnungen resp. die Ergebnisrechnungen pro Land für zwei Jahre (Hochrechnung 2017 und Prognose 2018) und detaillierte Bestandeszahlen (Durchschnittsbestände) für drei Jahre zu liefern (Ist-Werte 2016, Hochrechnung 2017 und Prognose 2018).

Die Erhebungsdateien haben verglichen mit der Version, die für die Prämien erhebung im Vorjahr verwendet wurde, folgende Anpassungen erfahren.

Die Erhebungsdateien „Ergebnisrechnung CH“ und „Ergebnisrechnung EU“ wurden angepasst an den Kontenrahmen, der erstmals für die Erhebung der provisorischen und der definitiven Jahresrechnung 2016 angewendet wurde. Zudem wurden für den Ausgleich von zu hohen Prämieeinnahmen (vgl. Kreisschreiben 5.5) und den freiwilligen Abbau von übermässigen Reserven (vgl. Ziffer 6) die entsprechenden Konti für die Hochrechnung 2017 und die Prognose 2018 integriert. Diese Konti werden für die Erhebung der provisorischen und der definitiven Jahresrechnung 2017 eingeführt.

Die Durchschnittsbestände der OKP CH werden neu aufgeteilt in die 62 Risikogruppen des verfeinerten Risikoausgleichs in der Datei „Risikobestand CH“ erhoben.

Im Modul Ad hoc-Erhebung in ISAK werden folgende Erhebungen mit Bezug zur Prämien genehmigung bereitstehen:

- Prämien TG 2018: Erhebung für die Genehmigung der Prämien der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung (einzureichen von allen Versicherern, welche die OKP anbieten und von den Versicherten, die lediglich die freiwillige Taggeldversicherung anbieten).
- EF MC 2017: Kostennachweis für die Prämien ermässigungen für die Versicherungen 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).
- Risikobestand MC 2017: Detaillierte Bestände für die Berechnung der zulässigen Prämien ermässigungen für die Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (Lieferung obligatorisch für Modelle, die im laufenden oder im kommenden Jahr neu eingeführt werden, sofern sie keinen konstanten Rabattsatz (kleiner 14 Prozent) aufweisen, Lieferung freiwillig für alle anderen Modelle).
- Unterjähriger Solvenztest 2017: Mit der Prämie eingabe haben die OKP-Versicherer dem BAG auch einen unterjährigen Solvenztest mit einer Schätzung der Entwicklung der Reserven im Folgejahr einzureichen. Bei reinen Taggeldversicherern verzichtet das BAG auf die systematische Erhebung der provisorischen Solvenzquoten. Reine Taggeldversicherer, die jedoch ihre Reserven abbauen möchten, müssen im Template für den KVG-Solvenztest drei Varianten berechnen und dem BAG zustellen.

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

Die Freigabeerklärung für die Prämieeingabe der OKP Schweiz, der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung und der OKP EU, wenn diese angeboten wird, ist von der Geschäftsführerin oder dem Geschäftsführer zu unterschreiben und per Post einzureichen.

Eine aktualisierte Version der Benutzeranleitung für die Versicherer betreffend Prämieeingabe in ISAK ist ab Ende Juni 2017 in ISAK unter Hilfe / Allgemeine Hilfe / Prämiegenehmigung abgelegt.

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

*Hiermit wird das Kreisschreiben 5.1 „Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung“ vom 16. März 2016 ersetzt.*

Leiter Direktionsbereich Kranken-  
und Unfallversicherung



Thomas Christen  
Vizedirektor  
Mitglied der Geschäftsleitung

Abteilung Versicherungsaufsicht  
Die Leiterin



Helga Portmann

Anhang:

- Minimalbeträge 2018