



CH-3003 Bern
BAG

An die KVG-Versicherer
und ihre Rückversicherer

Kreisschreiben Nr.:	5.1
Inkrafttreten:	1. Juni 2022

Referenz/Aktenzeichen: 721.1-1/32
Unser Zeichen: MUP
Sachbearbeiter/in: PEF
Bern, 3. Mai 2022

Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung

1. Vorwort

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

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

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

Das BAG hält in den folgenden Abschnitten fest, welche Voraussetzungen eine 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 (Art. 16 Abs. 4 [KVAG](#), Art. 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.

Anmerkung zum Corona-Virus (COVID-19)

Die diesjährige Prämieeingabe umfasst die Geschäftsjahre 2021, 2022 und 2023. D.h., dass alle drei Jahre von COVID-19 beeinflusst sind. Sollten die Krankenversicherer von besonderen Annahmen für die Jahre 2021, 2022 sowie 2023 ausgehen, sind diese wie auch deren finanziellen Auswirkungen in der Datei «Ergebnisrechnung-Kommentar CH» in der Zeile «KomBruttoleistungen» anzugeben. Dazu gehören unter anderem Nachholeffekte und Impfkosten.

Änderungen

Thema	Kurze Beschreibung	Verweis
Nettokapitalerträge	Die Berechnungsschritte für die maximal anrechenbaren Nettokapitalerträge an den Prämien werden dargestellt.	Kap. 2.2
Unterjähriger Solvenzttest	Es werden Anforderungen für eine bessere Datenqualität beschrieben.	Kap. 2.2
Maximalsätze bei den Prämienregionen Gemeindemutationen	Die Maximalsätze bei den Prämienregionen variieren neu je Kanton. Der Verordnungsanhang zu den Prämienregionen wird neu in Excelform publiziert.	Kap. 3.1.1
Kommunikation Publikation	Die Bestimmungen bezüglich Kommunikation sowie zur Publikation werden präzisiert.	Kap. 4
Reserveabbau	Es gibt Präzisierungen betreffend: Voraussetzungen und Mindestumfang für das «Knapp Kalkulieren», Gesuchsinhalt, Verbuchung, Ausweis und Abbildung in priminfo.ch	Kap. 4 Kap. 5
«Knapp Kalkulieren»	Ergänzende Bestimmungen gibt es zum maximalen Umfang und zum Ausweis.	Kap. 5
Erhebungsfile «Ergebnisrechnung-Kommentar CH»	Es müssen zusätzliche Erläuterungen gemacht werden, insbesondere zum Instrument «Knapp Kalkulieren» und zur Anrechnung von Nettokapitalerträgen.	Kap. 5 Kap. 7
Erhebungsfile «Ergebnisrechnung CH»	Es gibt zusätzliche automatisierte BAG-Checks bezüglich Risikoausgleich.	Kap. 6
Detailbestände	In einer ad-hoc Erhebung muss neu der Bestand je Prämie für das laufende Jahr eingegeben werden.	Kap. 7
HMO-Standorte	Das Tätigkeitsgebiet HMO-Modelle wird neu analog demjenigen von HAM erfasst.	Kap. 7

2. Grundsätze und Praxis der Prämien genehmigung

2.1 Allgemeines

Das BAG prüft, ob die von den Versicherern vorgelegten Prämientarife die Solvenz des Versicherers gewährleisten, die Interessen der Versicherten wahren und ob die Prämientarife kostendeckend sind (Art. 16 Abs. 2 und 3 [KVAG](#)). Das BAG kontrolliert bei der Prüfung der Prämientarife, ob die für das Geschäftsjahr geschätzten Einnahmen die geschätzten Ausgaben decken (Art. 25 Abs. 1 [KVAV](#)).

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

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

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

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

2.2 Besonderheiten der OKP Schweiz

Kantonale und regionale Abstufung der Prämien der OKP CH

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

Prüfung Kostendeckung

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

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

Zur Prüfung der Kostendeckung wird erneut eine Combined Ratio nach Behandlungsjahr des Vorjahres hinzugezogen. Zu deren Berechnung verwendet das BAG die Bruttoleistungen (Konto 400) und KoBe (Konto 4200) aufgeteilt nach früheren Behandlungsjahren (FRÜH BJ) und laufendem Behand-

lungsjahr (LAUF BJ). Damit diese Kennzahl möglichst aussagekräftig ist, ist die Eingabe bei der Hochrechnung (d.h. FRÜH BJ im 2022) ohne ein Abzugsdatum vorzunehmen. Die Werte können also gemäss den neusten Erkenntnissen hochgerechnet werden. Weiterhin wird der definitive Risikoausgleich des Vorjahres nach den Angaben der gemeinsamen Einrichtung verwendet.

Für das Plausibilisieren der Eingaben wird ebenfalls eine Combined Ratio nach Behandlungsjahr für das laufende Jahr und das Folgejahr (Budget) berechnet. Dazu werden die Schätzungen der Versicherer für die Nettoleistungen nach Behandlungsjahr sowie der Risikoausgleich ohne Abwicklungsergebnisse der Vorjahre verwendet.

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

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

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

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

Anrechnung von Nettokapitalerträgen

Das BAG hat bezüglich Anrechnung von Nettokapitalerträgen gemäss Art. 25 Abs. 2 [KVAV](#) festgestellt, dass die Krankenversicherer bei der letztjährigen Prämieeingabe die Nettokapitalerträge häufig nur teilweise miteinbezogen haben. Im Zusammenhang mit den stetigen Kapitalmarktgewinnen der Branche¹ weist das BAG erneut auf die Möglichkeit der Anrechnung der Nettokapitalerträge hin. Die oben beschriebene Angleichung der kantonalen Combined Ratios muss jedoch immer noch gewährt sein. Alle Versicherer müssen bei der Prämieeingabe im Erhebungsfile «Ergebnisrechnung-Kommentar CH» in der Zeile «KomAnmerkungen» bei CH festhalten, ob sie Nettokapitalerträge anrechnen wollen oder nicht. Ein Vermerk ist somit zwingend auch dann erforderlich, wenn ein Krankenversicherer bei seiner Prämienberechnung keine Nettokapitalerträge berücksichtigt. Bei einer Anrechnung muss der gewünschte Anteil der Nettokapitalerträge in Prozenten des Prämienvolumens OKP CH (Konto 3) angegeben werden. Die Benutzeranleitung ISAK wird ein Beispiel dazu enthalten.

Das BAG geht bezüglich Berechnung wie folgt vor:

$$\left(\frac{1}{10} * \sum_{k=0}^9 \frac{\text{Konto } 73a_{31.12.2021-t}}{\text{Konto } 100_{31.12.2021-t}} \right) * \text{Konto } 100_{2021} * \frac{1}{\text{Konto } 3_{2023}^{OKP CH+OKP EU+Taggeld KVG+AR KVG}}$$

(AR=aktive Rückversicherung)

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

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

Kostengruppen

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

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

¹ In den letzten zehn Jahren waren die Kapitalerträge über die gesamte Schweiz nur für das Jahr 2018 negativ.

Unterjähriger Solvenzttest

Gemäss Art. 14 [KVAG](#) / Art. 12 Abs. 3 [KVAV](#) wird mit der Prämieeingabe der Versicherer eine Solvenzschätzung für das Jahr 2023 notwendig. Die so ermittelte provisorische Solvenzquote dient der Prüfung der Solvenz der Versicherer und hat einen Einfluss auf die Prämien. Das Formular «Unterjähriger Solvenzttest» ist von den Versicherern auszufüllen und dem BAG einzureichen. Die Einträge müssen beim Szenario «erwartet» mit den Angaben in den verschiedenen Erhebungen und Erhebungsfiles übereinstimmen (z.B. Betriebsergebnis KVG 2022 bzw. Betriebsergebnis KVG 2023 mit den Angaben in den Erhebungsformularen «Ergebnisrechnung CH», «Ergebnisrechnung EU», «Prämien Taggeld 2023»; Bestand 2022 (OKP CH und OKP EU) bzw. Bestand 2023 (OKP CH und OKP EU) mit den Werten in den Erhebungsformularen «Risikobestand CH» und «Risikobestand EU»; «vorhandene Reserven per 1.1.2022» mit der entsprechenden Zahl im ST 2022. Die Qualität des unterjährigen Solvenzttests war in gewissen Fällen noch zu wenig gut (für weitere Informationen siehe Benutzeranleitung ISAK). Das BAG erwartet hier eine wesentliche Verbesserung der Eingabe.

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 auf die Prämien haben, wird das BAG anhand der erhobenen anonymisierten Individualdaten (EFIND) überprüfen.

Neue Versicherer, Erweiterung Tätigkeitsgebiet

Ein Versicherer, der neu seine Tätigkeit aufnimmt oder seinen örtlichen Tätigkeitsbereich erweitert, legt seine Prämien so fest, dass sie einen bestimmten Minimalbetrag nicht unterschreiten (vgl. Art. 91 Abs. 1 bis [KVV](#)). Die Minimalbeträge entsprechen den regionalen Durchschnittsprämien des vorangehenden Jahres, also des Jahres 2022, für die betreffende Prämienregion und Altersklasse (vgl. Art. 91 Abs. 1ter [KVV](#)). Sie sind der Beilage zu entnehmen. Das BAG empfiehlt auch Versicherern mit einem kantonalen Versichertenbestand von unter 300 Personen, die Prämien über diesen Minimalbeträgen festzusetzen.

2.3 Besonderheiten der OKP EU

Pflicht zur Durchführung der OKP EU

Versicherer, deren Bestand in der OKP CH im aktuellen Jahr weniger als 500'000 Personen umfasst und die in den betreffenden Staaten nur sehr kleine Bestände versichern, können sich teilweise oder ganz von der Pflicht, die Versicherung in der EU, in Island, in Norwegen und im Vereinigten Königreich durchzuführen, befreien lassen. Ein entsprechendes Gesuch muss bis zum 30.6. beim BAG eingehen (vgl. Art. 4 [KVAV](#)).

Kostendeckung

Die Festlegung der EU-Prämien ist in Art. 25 Abs. 3 [KVAV](#) geregelt. Demnach decken die Prämien der Versicherten mit Wohnort in einem Mitgliedsstaat der EU, Island, Norwegen und im Vereinigten Königreich die Kosten, die dem Versicherer für die Versicherten dieser Staaten insgesamt entstehen. Die Prämien müssen also über die gesamte EU betrachtet kostendeckend sein, wobei die Kapitalerträge nach [Kapitel 2.1](#), die der OKP EU zugewiesen werden, berücksichtigt werden dürfen. In den letzten Jahren sind die Versichertenbestände der OKP EU stark gewachsen. Damit können die Versicherer grundsätzlich genauere Schätzungen der erwarteten Leistungen und benötigten Prämien vornehmen.

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

Bei den entsandten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern (Art. 4 [KVV](#)) und bei den Personen im öffentlichen Dienst mit Aufenthalt im Ausland (Art. 5 [KVV](#)), die im Ausland wohnen (innerhalb oder ausserhalb der EU/EFTA/UK) und der schweizerischen Versicherung unterstehen und die ihren Wohnsitz in der Schweiz aufgegeben haben, haben die Krankenversicherer bei Spitalbehandlungen in der Schweiz die vollen Spitalkosten zu übernehmen. Bei dieser Personengruppe können die Kantone nicht verpflichtet werden, den kantonalen Anteil zu übernehmen. Das ist bei der Prämienberechnung nach Art. 91 Abs. 2 [KVV](#) zu berücksichtigen.

Rückstellungen

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

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

2.4 Besonderheiten der freiwilligen Taggeldversicherung

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

Kostendeckung

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

3. Prämienermässigungen

3.1 Prämienermässigungen in der OKP

3.1.1 Prämienermässigungen im Zusammenhang mit den Prämienregionen

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

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

Bislang wurden die maximalen Prämienunterschiede in Artikel 2 der [Verordnung des EDI über die Prämienregionen](#) einheitlich für die ganze Schweiz festgelegt. Aktuell beträgt der Maximalrabatt für die ordentliche Prämie zwischen der Prämienregion 1 und 2 in allen Kantonen 15%, zwischen der Region 2 und 3 10%. Diese für die ganze Schweiz einheitlichen Maximalrabatte entsprechen nicht in jedem Kanton den Kostenunterschieden zwischen den Prämienregionen.

Neu sollen deshalb die maximalen Prämienrabatte zwischen den Prämienregionen pro Kanton festgelegt werden. Somit musste die Verordnung des EDI über die Prämienregionen angepasst werden. Die revidierte Verordnung wird per 1.1.2023 in Kraft treten und gilt somit für die Prämien 2023. Der Vergleich zwischen den aktuellen und den neuen Rabattsätzen sieht wie folgt aus:

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

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

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

Das BAG veröffentlicht den Anhang zur Verordnung neu in Form einer Exceldatei².

Technische Erläuterungen:

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

3.1.2 Altersabhängige Prämienermässigungen

Art. 61 Abs. 3 KVG

Gemäss Art. 61 Abs. 3 [KVG](#) müssen die Versicherer für junge Erwachsene eine tiefere Prämie festsetzen als für Erwachsene. Ebenfalls sind die Prämien für Kinder tiefer festzusetzen als die Prämien der jungen Erwachsenen. Die Versicherer sind nicht berechtigt, Kinder von der Bezahlung der Prämien vollständig zu befreien³. Es steht den Versicherern frei, die besondere Situation von kinderreichen Familien zu berücksichtigen und beispielsweise ab dem dritten Kind einen zusätzlichen Rabatt zu gewähren.

3.1.3 Prämienermässigungen bei Wahlfranchisen

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

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

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

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

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

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

Technische Erläuterungen:

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

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

² <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/prae-mienregionen.html>

³ Vgl. Entscheid des Bundesrates vom 22. Oktober 1997, in RKUV 6/1997, S. 399 ff.

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 CH 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 5. April 2019.

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) Die Prämienermässigung darf 20 Prozent der Prämie der ordentlichen Versicherung nicht überschreiten (Art. Art. 101 Abs. 3 [KVV](#)).⁴

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

A. Höhe der erlaubten Prämienermässigung

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

B. Nachweis der Prämienermässigung

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

⁴ 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.

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

Die Vorgabe 2) muss in jedem Fall erfüllt sein.

Technische Erläuterungen:

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

3.1.5 Prämienermässigung bei Wahlfranchisen in Kombination mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers

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

3.1.6 Prämienermässigungen bei Ruhen der Unfaldeckung

Art. 8 KVG / Art. 91a KVV

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

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

In beiden Fällen darf bei einer Sistierung der Unfaldeckung 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 Prämie⁵ 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 Unfaldeckung 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 Unfaldeckung muss mindestens 50 Prozent der Prämie der ordentlichen Versicherung mit Unfaldeckung 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).

⁵ Vgl. RKUV 1998, Nr. KV 23, S. 58, Erwäg. 2 a).

Diese minimale Prämie kann nur nach einer Prämienreduktion inkl. Sistierung der Unfallddeckung 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 Unfallddeckung gewähren können (Art. 90c Abs. 2 [KVV](#)).

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 Unfallddeckung

Art. 72 Abs. 1 KVG

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

4. Transparenz und Kommunikation in Sachen Prämientarife und Reserveabbau

Art. 89 KVV

Transparenz auf der Versicherungspolice/Prämienrechnung

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

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

Zusätzlich müssen folgende Punkte beachtet werden:

- Die Versicherer müssen darauf hinweisen, dass der Beitrag für die Krankheitsverhütung gemäss Art. 20 Abs. 1 [KVG](#) in der vom BAG genehmigten OKP-Prämie enthalten ist. Ausserdem müssen sie den entsprechenden Betrag angeben.
- Der Betrag, welcher der Rückerstattung der Umweltabgaben entspricht, ist in der Prämie nicht enthalten und muss mit dem speziellen Hinweis „Verteilung des Ertrages aus Umweltabgaben an die Bevölkerung“ separat ausgewiesen werden. Der Ertrag aus Umweltabgaben wird von den OKP-Versicherern gleichmässig an die Personen verteilt, die im Verteilungsjahr der Versicherungspflicht nach KVG unterstehen und ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben. Personen, die während dem Verteilungsjahr nur zeitweise bei einem Versicherer versichert sind, werden die Beträge entsprechend dieser Zeitdauer verteilt. Die Versicherer verrechnen die Beträge mit den im Verteilungsjahr fälligen Prämienrechnungen. Für weitere Informa-

tionen zu diesem Thema verweist das BAG auf die Vereinbarungen, die zwischen den Krankenversicherern und dem Bundesamt für Umwelt (BAFU) getroffen wurden.

- Ein allfälliger Reserveabbau in Form eines Ausgleichsbetrags wird von der genehmigten Prämie abgezogen und auf der Prämienrechnung gesondert ausgewiesen (Art. 26 Abs. 5 [KVAV](#)). Dieser Betrag kann nicht mit allfällig bestehenden Prämienausständen verrechnet werden. Grundsätzlich ist ein einmaliger Ausgleichsbetrag nicht verboten, wobei er auf der Prämienrechnung separat ausgewiesen und von der Prämie abgezogen werden muss.

Transparenz bei Publikationen zum Prämientarif

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

Kommunikation zu Tarifelementen des Folgejahres

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

Gemäss Art. 16 Abs. 1 [KVAG](#) dürfen die Prämientarife der OKP und der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung vor ihrer Genehmigung weder veröffentlicht noch angewendet werden. Das BAG legt diese gesetzliche Bestimmung wie folgt aus:

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

als Aussagen über Prämien interpretiert. Ausser Acht bleiben dabei Einflussfaktoren wie Risikoausgleich, Reservesituation, Wachstum und Strukturveränderungen.

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

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

Ab 1. Juli bis zur Pressekonferenz dürfen keine Aussagen mehr gemacht werden.

5. Freiwilliger Abbau von übermässigen Reserven

Art. 26 KVAV

Instrument «Knapp Kalkulieren»

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

Neben der oben beschriebenen Möglichkeit der Eingabe des knappen Kalkulierens hat das BAG bei der letzten Prämien genehmigung ebenfalls folgende Möglichkeit akzeptiert: Eine best estimate Kostenschätzung mit einer Combined Ratio nach Abzug des Zuschlags für das Instrument «Knapp Kalkulieren» und/oder Anrechnung von Nettokapitalerträgen von gleichfalls rund 100%. Für die diesjährige Prämienrunde bevorzugt das BAG aus rein technischen Gründen die zweite Eingabemöglichkeit. Dies vereinfacht die Prüfung wesentlich. Gehen alle Krankenversicherer gleich vor, ermöglicht es zudem einen effizienteren Vergleich der Prämien gesuche der Krankenversicherer. Das Verhältnis zwischen Prämien und erwarteten Kosten (Combined Ratio) muss weiterhin im gesamten Tätigkeitsgebiet des Versicherers einheitlich sein.

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

Die Krankenversicherer müssen analog zur Anrechnung von Nettokapitalerträgen im Erhebungsfile «Ergebnisrechnung-Kommentar CH» in der Zeile «KomAnmerkungen» bei «CH» angeben, ob sie das Instrument «Knapp Kalkulieren» nutzen wollen oder nicht. Ein Vermerk ist somit auch dann erforderlich, wenn auf den Einsatz des Instruments verzichtet wird. Die gewünschte knappe Kalkulation muss dabei auch hier in Prozenten des Prämien volumens (Konto 3 OKP CH) angegeben werden (analoges Vorgehen bei OKP EU, gleicher Prozentsatz wie bei OKP CH). Die Benutzeranleitung ISAK wird ein Beispiel dazu enthalten.

Instrument «Knapp Kalkulieren» und Ausgleichsbetrag

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

Bei Anwendung des Ausgleichsbetrags muss dieser festgelegte Betrag nach einem angemessenen, vom Versicherer bestimmten Schlüssel auf die Versicherten im örtlichen Tätigkeitsbereich verteilt werden⁶.

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

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

- Angabe der allfälligen Anrechnung der Nettokapitalerträge in Prozent des Prämienvolumens (Konto 3, getrennt für OKP EU und OKP CH, gleicher Prozentsatz für OKP EU und OKP CH),
- Angabe des Umfangs der knappen Kalkulation in Prozent des Prämienvolumens (Konto 3, gleicher Prozentsatz für OKP EU wie bei OKP CH),
- Höhe des geplanten Reserveabbaus nach Kalenderjahren durch den Ausgleichsbetrag,
- Höhe der Ausgleichsbeträge, die den Versicherten im Budgetjahr und in den allfällig weiteren Folgejahren zu Gute kommen sollen (pro Versicherter und je Monat)⁷,
- 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 (für weitere Informationen siehe Benutzeranleitung ISAK).

Es genehmigt den Abbau, wenn die Voraussetzungen gegeben sind und die pessimistische Variante im Erhebungsfile unterjähriger Solvenzttest auch nach Abzug der Reserven eine Solvenzquote (per 1. Januar 2023) von mindestens 100 Prozent ergibt.

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

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

⁶ Dabei ist zu beachten, dass die Versicherten der OKP EU auch zum örtlichen Tätigkeitsbereich eines Versicherers gehören. Wichtig ist, dass alle Versicherten des Tätigkeitsgebiets von einem Ausgleichsbetrag profitieren und die Gleichbehandlung der Versicherten gewährleistet ist (z.B. zwischen den Versicherten, die das ganze Jahr beim Versicherer versichert sein werden und denjenigen, die unter dem Jahr sterben, austreten oder eintreten).

⁷ Gibt ein Versicherer den Ausgleichsbetrag als Jahresbetrag an, dividiert das BAG ihn durch 12 und rundet das Ergebnis auf 10 Rappen ab.

6. Berechnung der Combined Ratio

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

Dabei bezeichnet:

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

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

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

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

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

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

Combined Ratios nach Behandlungsjahr

Für das Vorjahr wird zusätzlich eine Combined Ratio nach Behandlungsjahr berechnet. Dazu benutzt das BAG zur Berechnung des Versicherungsaufwands für die Bruttoleistungen (Konto 40) und Kostenbeteiligungen (Konto 420) die kantonalen Werte der folgenden Erhebung: LAUF BJ 2021 + FRÜH BJ 2022. Zusätzlich werden die Angaben des definitiven Risikoausgleichs 2021 berücksichtigt. Die weiteren Formelbestandteile entsprechen den oben definierten Kontengruppen.

Auch für das laufende Jahr wird eine Combined Ratio nach Behandlungsjahr berechnet. Im Unterschied zur Behandlungsjahr-Combined Ratio des Vorjahres jedoch anhand zweier Vorgehensweisen. Bei der ersten Variante wird für die kantonalen Leistungen LAUF BJ 2022 und FRÜH BJ 2023 genommen, bei der zweiten Variante werden die Bilanzrückstellungen für das Behandlungsjahr 2022 herangezogen (BDAJD 2022, ohne ULAE); betrachtet werden somit LAUF BJ 2022 + BDAJD 2022. Die Schätzung der Versicherer für den Risikoausgleich 2022 fliesst ebenfalls in die Kennzahl ein und wird via 480 AKTO + 153 – 2700 (des Jahres 2022) berechnet. Die weiteren Formelbestandteile entsprechen den oben definierten Kontengruppen.

Für das Folgejahr (Budget) wird ebenfalls eine Combined Ratio nach Behandlungsjahr berechnet. Dies geschieht analog zur Combined Ratio des laufenden Jahres, wobei bei den Leistungen LAUF BJ 2023 und BDAJD 2023 genommen werden.

Aufgrund obiger Berechnung der Schätzung des Risikoausgleichs muss die kantonale Aufteilung des Risikoausgleichskonto 480 in Akonto (AKTO) und Schlusszahlung der Vorjahre (SZLG) korrekt eingegeben werden. Die Akontozahlung ist dabei gemäss Art. 19 Abs. 1a der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung ([VORA](#)) zu berechnen. Da der definitive Risikoausgleich 2021 bereits veröffentlicht sein wird, sind SZLG in der Hochrechnung (2022) sowie AKTO im Budgetjahr (2023) ebenfalls bekannt. Zudem sollte der Risikoausgleich in der Bilanz (Konto 153 oder 2700) der Hochrechnung der SZLG im Budgetjahr (2023) entsprechen, da die Werte der Hochrechnung bestmöglich (=best estimate) geschätzt werden müssen.

Eine technisch fehlerhafte Eingabe erzeugte in ISAK bislang keinen Hinweis. Neu wird es eine Warnung geben, falls falsche resp. inkonsistente Werte für 480 AKTO laufendes Jahr, 480 AKTO Folgejahr, 480 SZLG laufendes Jahr und 480 SZLG Folgejahr eingegeben werden. Wir weisen jedoch darauf hin, dass eine technisch korrekte Eingabe noch nichts darüber aussagt, ob sie auch Sinn macht. Wir bitten die Versicherer, diese Werte auch inhaltlich korrekt einzugeben.

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

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 2022 zwei Erhebungen im Modul Prämien genehmigung von ISAK bereit: Eine für die Datenerhebung in Zusammenhang mit der Genehmigung der Prämien der OKP CH und eine weitere für die Datenerhebung in Zusammenhang mit der Genehmigung der Prämien der OKP EU. In beiden Erhebungen sind neben allen in 2023 angebotenen Prämien die kantonalen Ergebnisrechnungen resp. die Ergebnisrechnungen pro Land für zwei Jahre (Hochrechnung 2022 und Prognose 2023) und Bestandeszahlen (Durchschnittsbestände) für drei Jahre zu liefern (Ist-Werte 2021, Hochrechnung 2022 und Prognose 2023).

Beim Erhebungsformular «Risikobestand CH» sind bei Militärsistierungen die Versichertenmonate, bei denen ein Krankenversicherer keine Prämien einnimmt und keine Leistungen bezahlt, nicht mitzuzählen.

Auf die Erhebung der HMO-Standorte wird mit dem Prämienjahr 2023 verzichtet. Die Liste mit den HMO-Standorten wird als Konsequenz auch auf [opendata.swiss](#) wegfallen. Das Tätigkeitsgebiet der HMO-

Modelle wird in ISAK künftig gleich wie bei den HAM- und die DIV-Modellen erfasst. D.h., dass das Tätigkeitsgebiet (Kanton, Region, Gemeinde) nicht je Praxis, sondern je Modell auszuweisen ist (für weitere Informationen siehe Benutzeranleitung ISAK).

Die Impfkosten sind weiterhin im Konto 432 des BAG-Kontenrahmens zu erfassen.

Das BAG erwähnt an verschiedenen Stellen in diesem Kreisschreiben, wofür das Erhebungsfile «Ergebnisrechnung-Kommentar CH» genutzt werden muss. Zusammenfassend erwartet das BAG dort somit folgende Angaben:

- allfällige Covid-19-Effekte, z.B. bezüglich Leistungen, Impfkosten (Zeile: «KomBruttoleistungen»)
- Vorgehen bei der Erfassung der Leistungen bei den Kostengruppen (Zeile: «KomBruttoleistungen»)
- Begründung für kantonale unterschiedliche Rückstellungssätze (Zeile: «KomRückstellungen»)
- Anrechnung wie auch Nicht-Anrechnung von Nettokapitalerträgen (Zeile: CH, «KomAnmerkungen»)
- Anrechnung der Nettokapitalerträge in Prozenten des Konto 3 OKP CH (analoger Prozentsatz bei OKP EU) (Zeile: CH, «KomAnmerkungen»)
- Einsatz wie auch Nicht-Einsatz des Instrumentes «Knapp Kalkulieren» (Zeile: CH, «KomAnmerkungen»)
- Ausmass von knapp kalkulieren in Prozenten des Konto 3 OKP CH (analoger Prozentsatz für OKP EU) (Zeile: CH, «KomAnmerkungen»)

Weiterhin werden in zusätzlichen Files für die OKP CH die Prämien (Konto 300) nach Kantonen, Regionen und Altersklasse sowie die Bestände der PCG nach Kantonen erhoben.

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

- Prämien TG 2023: Erhebung für die Genehmigung der Prämien der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung (einzureichen von allen Versicherern, welche die OKP anbieten und von den Versicherern, die lediglich die freiwillige Taggeldversicherung anbieten).
- EF MC 2022: Kostennachweis für die Prämienermässigungen nach dem [Kreisschreiben 5.3](#) für die Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (einzureichen von allen OKP-Versicherern, die Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer anbieten, für die Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren vorliegen).
- Detaillierter Risikobestand pro Prämie 2022: Die Erhebung «Risikobestand MC» wird neu «detaillierter Risikobestand pro Prämie CH» heissen. Dies deshalb, weil neu alle Krankenversicherer dem BAG Detailbestände auf Stufe einzelne Prämie für das laufende Jahr (und freiwillig für das Folgejahr) liefern müssen. Bisher taten dies nur gewisse Versicherer im Zusammenhang mit Managed Care Rabatten. Das Vorgehen wird auf Seite 5 oben des [Kreisschreibens 5.3](#) beschrieben. Als Vorlage dient das Erhebungsfile «Prämien OKP CH» (für nähere Angaben siehe auch die Benutzeranleitung ISAK). Bei einigen Krankenversicherern wird das Erhebungsfile weiterhin zusätzlich für die Berechnung der zulässigen Prämienermässigungen für die Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer genutzt werden (Lieferung obligatorisch für Modelle, die im laufenden oder im kommenden Jahr neu eingeführt werden, sofern sie keinen konstanten Rabattsatz (kleiner als 14 Prozent oder als der mit dem BAG festgelegte Rabattsatz) aufweisen, Lieferung freiwillig für alle anderen Modelle). Hier sind dem BAG zwingend Detailbestände nicht nur für das laufende Jahr, sondern zusätzlich auch für das Folgejahr einzureichen.
- Unterjähriger Solvenzttest 2023: Mit der Prämie eingabe haben die OKP-Versicherer und die reinen Taggeldversicherer dem BAG einen unterjährigen Solvenzttest mit einer Schätzung der Entwicklung der Solvenz im Folgejahr einzureichen.

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 CH, der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung und der OKP EU, wenn diese angeboten wird, ist von der Geschäftsführerin oder dem Geschäftsführer zu unterschreiben und per Post einzureichen.

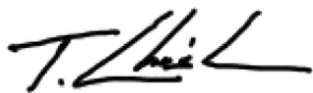
Wie im letzten Jahr ist eine Einreichung auch in elektronischer Form möglich, wenn das Formular mittels einer zertifizierten elektronischen Signatur rechtsgültig digital signiert ist. Weiterführende Informationen dazu finden Sie auf der [Webseite der Schweizerischen Akkreditierungsstelle SAS](#).

Eine aktualisierte Version der Benutzeranleitung für die Versicherer betreffend Prämieeingabe in ISAK ist ab Ende Juni 2022 in ISAK unter Hilfe / Allgemeine Hilfe / Prämiegenehmigung abgelegt.

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

Hiermit wird das Kreisschreiben 5.1 „Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung“ vom 19. April 2022 ersetzt.

Bundesamt für Gesundheit



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



Philipp Muri
Leiter Abteilung Versicherungsaufsicht

Anhang:

- Minimalbeträge 2023

Anhang zum Kreisschreiben 5.1

Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Minimalbeträge für die Prämien 2023 nach Prämienregion und Altersgruppe

→ Für Versicherte mit Grundfranchise und Unfalldeckung

	Erwachsene				Junge Erwachsene				Kinder			
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
AG	452.4				336.5				106.6			
AI	356.1				263.4				83.8			
AR	421.9				312.5				98.4			
BE		548.7	493.9	462.1		400.1	365.3	337.9		130.1	116.7	108.2
BL		545.3	507.2			403.9	370.4			130.4	119.1	
BS	603.8				451.5				145.4			
FR		492.5	446.9			374.5	339.9			115.9	104.7	
GE	599.0				467.1				141.2			
GL	423.6				319.2				94.6			
GR		437.9	411.4	387.0		323.5	298.7	287.7		105.4	98.4	92.9
JU	539.2				393.5				121.9			
LU		459.5	424.2	407.3		342.9	315.4	302.8		107.8	99.0	95.5
NE	549.7				420.1				127.1			
NW	398.5				296.8				95.3			
OW	407.6				303.2				96.4			
SG		470.8	435.2	419.4		347.4	322.7	309.0		112.1	101.9	98.2
SH		481.0	445.1			359.8	330.3			111.2	101.8	
SO	479.6				356.7				112.6			
SZ	418.4				308.1				96.8			
TG	441.6				325.2				104.6			
TI		545.7	505.9			396.4	368.2			125.9	117.9	
UR	391.1				293.5				92.3			
VD		557.4	517.8			423.1	397.1			137.1	127.3	
VS		466.1	412.4			355.6	318.3			109.0	95.3	
ZG	398.8				293.2				93.6			
ZH		520.9	469.2	435.3		386.5	348.0	321.3		126.2	112.2	103.6

Grundlage der Minimalbeträge für das Jahr 2023: regionale Standardprämien 2022.