



CH-3003 Bern
BAG

An die KVG-Versicherer
und ihre Rückversicherer

Kreisschreiben Nr.:	5.1
Inkrafttreten:	1. Juni 2015

Referenz/Aktenzeichen:
Unser Zeichen: FRA
Sachbearbeiter/in: Aline Froidevaux
Bern, 13. März 2015

Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

1. Vorwort

In diesem Kreisschreiben werden allgemeine Fragen zu den Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) geregelt.

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

Gemäss Art. 92 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) haben die Versicherer die Prämientarife der OKP sowie deren Änderungen dem BAG spätestens fünf Monate, bevor sie zur Anwendung gelangen, zur Genehmigung einzureichen. Diese Tarife dürfen erst angewandt werden, nachdem sie vom BAG genehmigt worden sind. Daher legt das BAG den Versicherern dringend nahe, die Prämien nicht vor der Genehmigung zu veröffentlichen.

Das BAG hält in den folgenden Abschnitten fest, welche Voraussetzungen eine Prämie eingabe erfüllen muss. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, teilt es dies den Versicherern mit. Diese haben die Möglichkeit einer erneuten Eingabe. Sind die Voraussetzungen bei der erneuten Eingabe immer noch nicht erfüllt, so genehmigt das BAG die Prämien nicht oder nur für einige Monate. Bei einer Genehmigung nur für einige Monate verlangt das BAG, dass dieser Entscheid vom Versicherer den Versicherten mitgeteilt wird; falls der Versicherer diese Information nicht mitteilt, wird das BAG die Information sicherstellen. Bei einer Nichtgenehmigung hat der Versicherer keine Prämien, die er anwenden darf.

Die Kantone werden vom BAG jeweils vorgängig über den Ausgang des Prämiengenehmigungsverfahrens informiert. Dabei werden den Kantonen Angaben zu den kantonalen Durchschnittsprämien sowie die Prämienübersicht zugestellt. Zudem wird über Vorbehalte bei der Prämiengenehmigung sowie über allfällige Nicht-Genehmigungen informiert.

2. Grundsätze und Praxis der Prämiengenehmigung

- Die Prämieeingabe muss von den Versicherern nach bestem Wissen und Gewissen erstellt werden: Mit der Prämieeingabe haben die Versicherer dem BAG auch kantonale Ergebnisrechnungen für zwei Jahre und Bestandesdaten für drei Jahre einzureichen. Mit der Unterschrift auf der Prämieeingabe bestätigt die Geschäftsführerin oder der Geschäftsführer des Krankenversicherers, dass die Budgetierung aller den Prämien zugrundeliegenden Parameter nach bestem Wissen und Gewissen vorgenommen wurde.
- Das BAG genehmigt ausschliesslich kostendeckende Prämien. Unter kostendeckenden Prämien versteht das BAG Prämien eines Versicherers, die sowohl über die gesamte Schweiz betrachtet als auch in jedem einzelnen Kanton des Tätigkeitsgebiets des Versicherers die Kosten zu decken vermögen.
- Das BAG stützt sich zur Prüfung der Kostendeckung auf die Nettoleistungsquote unter Berücksichtigung der individuellen Verwaltungskostenquote auch Nettokostenquote genannt. Deren Sollwert wird wie folgt berechnet:

$$\text{Sollwert} = \frac{100 \cdot (NL_k + \Delta Rst_k)}{P_k + RA_k + \Delta RgAbgr.RA_k} + \frac{100 \cdot VwK_{CH}}{P_{CH} + RA_{CH} + \Delta RgAbgr.RA_{CH}} \leq 100$$

Wobei gilt:

P_k	kantonale Bruttoprämien, Konto 300 Kanton
RA_k	kantonale Abgaben in und Beiträge aus dem Risikoausgleich, Konti 480, 481 Kanton
$\Delta RgAbgr.RA_k$	kantonale Bildung und Auflösung von Rechnungsabgrenzungen für den Risikoausgleich, Konto 482 Kanton
NL_k	kantonale Nettoleistungen, Konti 400, 42 Kanton
ΔRst_k	kantonale Bildung und Auflösung von Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle, Konto 450 Kanton
P_{CH}	Bruttoprämien für die ganze Schweiz, Konto 300 CH
RA_{CH}	Abgaben in und Beiträge aus dem Risikoausgleich für die ganze Schweiz, Konti 480, 481 CH
$\Delta RgAbgr.RA_{CH}$	Bildung und Auflösung von Rechnungsabgrenzungen Risikoausgleich für die ganze Schweiz, Konto 482 CH
VwK_{CH}	Verwaltungskosten für die ganze Schweiz, Konti 50 und 51 ohne Konto 519 CH

Der erste Bruch dieser Formel, das heisst die Nettoleistungsquote ohne Berücksichtigung der individuellen Verwaltungskostenquote, berücksichtigt auch die Bildung und Auflösung von Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle. Sie wird bei jedem Versicherer für jeden Kanton des Tätigkeitsgebiets berechnet und vom BAG geprüft. Bei der Berechnung des erwähnten Sollwerts werden zusätzlich noch die Verwaltungskosten des Versicherers berücksichtigt¹.

Zudem kann das BAG zulassen, dass Krankenversicherer, welche die Mindestreserveanforderung gemäss dem KVG-Solvenztest erfüllen, Erträge auf Kapitalanlagen bis maximal zum Durchschnitt der von der Branche realisierten Kapitalerträge der letzten 10 Jahre berücksichtigen. Dieser Wert beläuft sich zurzeit auf 2.2 Prozent. Bei einem durchschnittlichen Kapital entspricht dies rund 1.0 Prozent der Prämien inkl. Risikoausgleich.

- Gemäss Art. 61 Abs.2 kann der Versicherer die Prämien nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden kantonal und regional abstufen. Mit der Festlegung der kantonalen Prämien erhöhungen muss eine Annäherung der kantonalen Nettokostenquoten angestrebt werden.

¹ Die Verwaltungskostenquote wird zur Vereinfachung für die ganze Schweiz, ausgedrückt in Prozenten der Prämien inklusive Risikoausgleich und Bildung/Auflösung von Rückstellungen für den Risikoausgleich, ebenfalls für die ganze Schweiz, berechnet.

- Seit 1. Januar 2012 werden die geforderten und vorhandenen Reserven der Krankenversicherer aufgrund des KVG-Solvenztests ermittelt und beurteilt. Erfüllt ein Versicherer die Reserveanforderungen, die sich aus dem Solvenztest ergeben, per 1. Januar 2015 nicht, hat er noch zwei Jahre Zeit (bis zum 1. Januar 2017), um das nötige Kapital aufzubauen (vgl. Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur KVV-Änderung vom 22. Juni 2011). Die bis anhin geltenden minimalen Sicherheitsreserven - abhängig vom Versichertenbestand 10, 15 oder 20 Prozent des Prämiensolls - sind jedoch so lange zu gewährleisten, bis die im KVG-Solvenztest berechnete Mindesthöhe der Reserven erreicht ist.
- Einschüsse aus der OKP oder der freiwilligen Taggeldversicherung in andere Versicherungsbereiche sind verboten.
- Für unerledigte Versicherungsfälle müssen versicherungstechnische Rückstellungen vorhanden sein oder gebildet werden. Massgebend ist der individuelle Bedarf jedes Versicherers in den Kantonen seines Tätigkeitsgebietes nach einer bestmöglichen Schätzung (= *best estimate*).
- Bei sehr kleinen Beständen sind die Kosten der Versicherten grösseren Schwankungen unterworfen und können daher vom Versicherer nur schwer geschätzt werden. Daher empfiehlt das BAG den Versicherern, die neu in einen Kanton eintreten oder in einem Kanton einen Versichertenbestand von weniger als 300 Personen aufweisen, ihre Prämien mindestens auf Höhe der Minimalprämie festzulegen. Zu deren Berechnung geht das BAG von der kantonalen resp. regionalen Durchschnittsprämie des Vorjahres aus. Diese wird um das kantonale geometrische Mittel der Prämienhöhungen der letzten fünf Jahre erhöht. Von diesem Ergebnis wird ein Toleranzwert abgezogen. Die für das Jahr 2016 berechneten Minimalprämien sind im Anhang ersichtlich.
- Prämien EU / EFTA: Die Versicherer haben die Prämien nach den Regeln von Art. 92b KVV zu berechnen.

3. Prämienermässigungen

3.1 Prämienermässigungen im Zusammenhang mit den Prämienregionen

Art. 61 Abs. 2 KVG / Art. 91 KVV

Art. 61 Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) gibt den Versicherern die Möglichkeit, die Prämien nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden kantonal und regional abzustufen.

Gemäss Art. 91 KVV ist die maximale Differenz zwischen den Prämien der ordentlichen Versicherung mit Unfalldeckung der Regionen 1 und 2 auf 15 Prozent festgesetzt und die maximale Differenz zwischen den Regionen 2 und 3 auf 10 Prozent. 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.

Technische Erläuterungen:

- Die Ermässigungen im Zusammenhang mit den Prämienregionen müssen in Prozenten berechnet werden.
- 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.

3.2 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 befreien². Es steht den Versicherern frei, die besondere Situation von kinderreichen Familien zu berücksichtigen und beispielsweise ab dem dritten Kind einen zusätzlichen Rabatt zu gewähren.

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 Solidarität muss innerhalb der gesamten Risikogruppe der Erwachsenen gewährleistet sein. Auch was die Deckung der Gesamtkosten durch die Prämien anbelangt, ist die ganze Risikogruppe massgebend.

Technische Erläuterungen:

- Die altersabhängigen Ermässigungen müssen in Prozenten berechnet werden.
- Die altersabhängigen Ermässigungen können von Kanton zu Kanton unterschiedlich festgesetzt werden.

3.3 Prämienermässigungen bei Wahlfranchisen

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

Die Prämienermässigungen bei Wahlfranchisen sind im Art. 62 Abs. 2 Bst. a KVG sowie in den Art. 90c und 95 KVV geregelt. 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 (Art. 95 Abs. 2bis KVV).

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.
- Die Ermässigungen bei Wahlfranchisen können von Kanton zu Kanton unterschiedlich festgesetzt werden.
- Die Ermässigungen für die wählbaren Franchisen können je nach Alterskategorie unterschiedlich festgesetzt werden (Erwachsene, junge Erwachsene, Kinder, z. B. ab dem 3. Kind).

Die Ermässigungen bei Wahlfranchisen müssen so festgesetzt werden, dass die Ermässigung bei Ruhen der Unfaldeckung immer garantiert ist und Art. 90c KVV (Minimale Prämie) eingehalten wird. Die Festlegung von mit zunehmender Franchise steigenden Prämien ist – auch bei Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer - nicht zulässig.

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

3.4 Prämienermässigungen bei eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer

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

Prämienermässigungen 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. Die Kostenunterschiede müssen durch Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren nachgewiesen sein. Liegen noch keine Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren vor, dürfen die Prämien um höchstens 20 Prozent unter den Prämien der ordentlichen Versicherung des betreffenden Versicherers liegen (Art. 101 Abs. 2 und 3 KVV).

Das erwähnte Bundesgerichtsurteil hält fest, 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. Die maximal zulässige Ermässigung von 20 Prozent bemisst sich unabhängig von der Wahl der Franchise in Prozenten der Prämie für die Versicherung mit gesetzlicher Franchise und ist frankenmässig (für eine bestimmte Prämienregion und Altersgruppe) immer gleich gross (Erwägung 4.3).

Die Versicherer haben die den Prämienermässigungen zu Grunde liegenden Berechnungsmethoden für alle angebotenen Versicherungsmodelle und die Erfahrungszahlen zur Begründung von Prämienermässigungen für Versicherungsmodelle, die bereits länger als fünf Jahre angeboten werden, dem BAG einzureichen. Das BAG hat mit seinem Kreisschreiben 5.3 vom 12. Mai 2010 erstmals Mindeststandards für die Kostennachweise gemäss Art. 101 Abs. 3 KVV vorgegeben. Zudem hat es festgehalten, dass diese Nachweise jedes Jahr bis zum 30. Juni einzureichen sind. Das Kreisschreiben 5.3 vom 13. März 2015 ist für die folgende Prämienrunde anwendbar.

Das BAG stützt sich bei der Prüfung der gewährten Rabatte vollumfänglich auf die eingereichten Kostennachweise unter Berücksichtigung der rechtlichen Vorgaben.

Technische Erläuterungen:

- Die Ermässigungen bei eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer müssen in Franken berechnet werden.
- Die Ermässigungen bei eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer können je nach Kanton, Prämienregion, Alterskategorie, Franchisenhöhe und Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer unterschiedlich festgesetzt werden.
- Die Ermässigungen bei eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer müssen so festgesetzt werden, dass die Ermässigung bei Ruhen der Unfalldeckung immer garantiert ist und Art. 90c KVV (Minimale Prämie) eingehalten wird.

3.5 Prämienermässigungen bei Ruhen der Unfalldeckung

Art. 8 KVG / Art. 90c und 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 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 Prämie³ gedeckt werden, der dem «Unfallteil» der OKP entspricht. Die Versicherer müssen somit 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 müssen in Prozenten erfolgen.
- Die Ermässigungen bei Ruhen der Unfaldeckung müssen unter Berücksichtigung von Art. 90c Abs. 2 KVV erfolgen.

3.6 Minimale Prämie

Art. 8 und 62 Abs. 1 und 3 KVG / Art. 90c KVV

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

Bei Erreichen der minimalen Prämie ist es dem Versicherer überlassen, welche Prämienermässigung (Franchise / eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer) um wie viel gekürzt wird (unter Vorbehalt der übrigen Vorgaben).

Diese Mindestprämie kann aber nur nach einer Prämienreduktion bei einer allfälligen Sistierung der Unfaldeckung 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 Unfaldeckung gewähren können.

4. Angabe der Prämien / Versicherungspolice

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 berücksichtigen:

³ Vgl. RKUV 1998, Nr. KV 23, S. 58, Erwäg. 2 a).

- Die Versicherer müssen darauf hinweisen, dass der Beitrag für die Krankheitsverhütung gemäss Art. 20 Abs. 1 KVG in der vom BAG genehmigten 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 Versicherern der OKP 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.

5. Neuerungen, welche für die Prämien 2016 gelten

Die Erfassung der Daten für die Prämieeingabe erfolgt auch im Jahr 2015 in der Applikation ISAK. Diese hat verglichen mit der Version die für die Prämienhebung im Vorjahr verwendet wurde, im Modul Prämien genehmigung keine wesentlichen Neuerungen erfahren. Eine aufgrund der Erfahrungen aus der vergangenen Prämienrunde aktualisierte Version der Benutzeranleitung für die Versicherer betreffend Prämieeingabe in ISAK ist ab Mai 2015 unter folgendem Link zu finden:

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/12690/index.html?lang=de>

Art. 106a Abs. 3 und 4 KVG / Art. 78b Abs. 3 KVV / Art. 5 Verordnung über die Prämienkorrektur

Am Ende des Jahres 2016 haben die Versicherer für jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz, die am 1. Januar 2016 bei ihnen versichert war, einen Beitrag von 33 Franken an die Gemeinsame Einrichtung KVG zu zahlen (vgl. Art. 106a Abs. 2 KVG). Dieser Beitrag ist bei den Versicherten im Jahr 2016 in Form eines «Einmalzuschlags auf den Prämien» zu erheben, der der Genehmigung durch das BAG bedarf (Art. 106a Abs. 3 und 4). Der Gesetzgeber überlässt den Versicherern gewisse Freiheiten in der Ausgestaltung des Einmalzuschlags. Allerdings muss der Versicherer die Gleichbehandlung der Versicherten eines Kantons gewährleisten (Art. 13 Abs. 2 Bst. a KVG). Das BAG wird den Einmalzuschlag somit nur genehmigen, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

1. Der Einmalzuschlag auf den Prämien fällt genügend hoch aus, damit der Versicherer mit dessen Einnahmen den Beitrag an die Gemeinsame Einrichtung KVG überweisen kann.
2. Innerhalb eines Kantons wird der Einmalzuschlag bei allen Versicherten in gleicher Höhe erhoben (kein Unterschied hinsichtlich gewähltem Versicherungsmodell).

Die Versicherer sind frei, ob sie den Einmalzuschlag auf den Prämien auch bei den unterjährigen Zugängen oder nur bei denjenigen Versicherten erheben, die am 1. Januar 2016 bei ihnen versichert sind. Dieser Punkt muss aber für die zu versichernden Personen klar ersichtlich sein, bevor sie ihre Aufnahme beantragen.

Die Versicherer haben dem BAG den Einmalzuschlag zusammen mit den Prämien per 31. Juli 2015 einzureichen. Das BAG erstellt zu diesem Zweck ein Formular, das zusammen mit dem Gesuch um die Genehmigung des Einmalzuschlages einzureichen ist. In diesem Formular ist pro Kanton die Höhe des Zuschlages und die voraussichtliche Zahl der Versicherten einzutragen, denen der Einmalzuschlag im kommenden Jahr auferlegt wird. Wichtig: Die Prämien OKP CH der ordentlichen Prämieeingabe via ISAK enthalten keinen Einmalzuschlag.

Das KVG sieht vor, dass Versicherer ihren Beitrag aus den Reserven finanzieren können, falls diese übermässig sind (Art. 106a Abs. 3). Dabei muss der Versicherer nachweisen, dass er im kommenden Jahr über genügend Mittel verfügt, um den Beitrag den Reserven zu entnehmen. Die Verordnung vom 12. September 2014 über die Prämienkorrektur (SR 832.107.21) hält in Art. 5 Abs. 4 fest, dass der Nachweis gemäss den Bestimmungen von Art. 78b Abs. 3 KVV erfolgt.

Ein Nachweis ist nur dann erforderlich, wenn der Beitrag an die Prämienkorrektur aus den Reserven finanziert wird. Beantragt der Versicherer, dass sein Beitrag den Reserven zu entnehmen ist, so hat er dem BAG Varianten mit Schätzungen über den Stand der Reserven per 31. Dezember 2015 sowie Prognosen zur Mindesthöhe der Reserven per 1. Januar 2016 beizulegen. Es sind jeweils drei Varianten anzugeben, die erwartete, eine positive und eine negative Variante. Für die positive und die negative Variante können die Extremwerte der Vergangenheit (z. B. letzte zehn Jahre) verwendet werden. Konkret verlangt werden folgende Schätzungen:

- 1.) Reserven (in Mio. Fr.) per Ende 2015 bei wahrscheinlichster Entwicklung.
- 2.) Reserven (in Mio. Fr.) per Ende 2015 bei unerwarteter Verschlechterung (hohe Kostenentwicklung, negative Marktentwicklung).
- 3.) Reserven (in Mio. Fr.) per Ende 2015 bei unerwarteter Verbesserung (tiefe Kostenentwicklung, positive Marktentwicklung).
- 4.) Versichertenbestand 2016, Betriebsergebnis 2016 und Mindesthöhe der Reserven 2016 bei wahrscheinlichster Entwicklung.
- 5.) Versichertenbestand 2016, Betriebsergebnis 2016 und Mindesthöhe der Reserven 2016 bei unerwartetem Wachstum (bzw. gegebenenfalls kleinerem Versichertenabgang als gemäss Plan).
- 6.) Versichertenbestand 2016, Betriebsergebnis 2016 und Mindesthöhe der Reserven 2016 bei unerwartetem Versichertenabgang (bzw. gegebenenfalls deutlich geringerem Wachstum als gemäss Plan).

Die Mindesthöhe der Reserven 2016 kann auf vereinfachte Weise berechnet werden aus der Mindesthöhe pro Kopf gemäss dem Solvenzttest des Vorjahres (2015) multipliziert mit dem (budgetierten) Bestand des Rechnungsjahres (2016):

$$M(2016) = N(2016) \frac{M(2015) + E(2015)}{N(2015)} - E(2016)$$

Dabei bezeichnet:

M(2015) die Mindesthöhe der Reserven gemäss Solvenzttest 2015

M(2016) eine Schätzung der Mindesthöhe der Reserven gemäss Solvenzttest 2016

E(2015) das Ergebnis für das Jahr 2015, *wie es im Solvenzttest geschätzt wurde*

E(2016) das erwartete Betriebsergebnis für das Jahr 2016

N(2015) und N(2016) die erwarteten Durchschnittsbestände der Jahre 2015 und 2016

Sofern nicht bereits im Jahr 2014 eine Rückstellung für die Prämienkorrektur gebildet wurde, ist die Zahlung für diese Schätzung erfolgswirksam dem Ergebnis 2016 zu belasten, d. h. in E(2016) zu berücksichtigen.

Ein Verzicht auf die Erhebung des Einmalzuschlags ist unzulässig, wenn in einer der Varianten die Reserven per Ende 2015 unter der Mindesthöhe der Reserven 2016 zu liegen kommen.

Die Formulare «Beilage zum Gesuch Genehmigung Einmalzuschlag» resp. «Nachweis für die Entnahme aus den Reserven» werden als Anhänge zur Erhebung der Prämien OKP CH 2016 in ISAK zur Verfügung gestellt und müssen auch über die entsprechende Erhebung an das BAG übermittelt werden.

Dieses Kreisschreiben ersetzt das Kreisschreiben 5.1 vom 20. Mai 2014 «Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung».

Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Der Leiter



Oliver Peters

Abteilung Versicherungsaufsicht
Die Leiterin



Helga Portmann

Anhang:
– Minimalprämien 2016

Anhang zum Kreisschreiben 5.1 vom 13. März 2015

Obligatorische Krankenpflegeversicherung in der Schweiz

Empfohlene Minimalprämien 2016 in Kantonen, in welchen ein Versicherer einen Versichertenbestand von weniger als 300 Personen im Jahr 2015 hat

Für Erwachsene, mit Grundfranchise, mit Unfalldeckung

	Minimalprämien 26+				
	1	2	3	0	
AG				381.00	AG
AI				317.00	AI
AR				351.00	AR
BE	473.00	419.00	392.00		BE
BL	448.00	412.00			BL
BS				531.00	BS
FR	405.00	367.00			FR
GE				494.00	GE
GL				354.00	GL
GR	361.00	333.00	318.00		GR
JU				416.00	JU
LU	390.00	360.00	344.00		LU
NE				413.00	NE
NW				329.00	NW
OW				342.00	OW
SG	404.00	369.00	356.00		SG
SH	402.00	375.00			SH
SO				393.00	SO
SZ				353.00	SZ
TG				366.00	TG
TI	422.00	394.00			TI
UR				341.00	UR
VD	451.00	424.00			VD
VS	357.00	332.00			VS
ZG				344.00	ZG
ZH	450.00	405.00	376.00		ZH

Berechnungsgrundlage der Minimalprämien für das Jahr 2016:

Kantonale resp. regionale Durchschnittsprämien des Jahres 2015 erhöht um das jeweilige kantonale, geometrische Mittel der Prämien erhöhungen der Jahre 2010 - 2015. Dies ergibt die geschätzte durchschnittliche Prämie für das Jahr 2016. Diese Prämien wurden korrigiert mit - 5%, im Maximum jedoch um -20 Franken, und gerundet.

FRA/17.02.2015