



CH-3003 Bern
BAG

An die KVG-Versicherer
und ihre Rückversicherer

Kreisschreiben Nr.:	5.1
Inkrafttreten:	1. Juni 2021

Referenz/Aktenzeichen: 721.1-1/30
Unser Zeichen: MUP
Sachbearbeiter/in: PEF
Bern, 26. April 2021

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, 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 (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.

Anmerkung zur Änderung der KVAV

Der Bundesrat hat am 14. April 2021 die Änderung der KVAV verabschiedet, wobei unter anderem der freiwillige Reserveabbau neu geregelt wird. Sie tritt per 1. Juni 2021 in Kraft. In diesem Kreisschreiben werden die entsprechenden Anpassungen in Kapitel 5 berücksichtigt.

Anmerkung zum Corona-Virus (COVID-19)

Die diesjährige Prämieeingabe umfasst die Geschäftsjahre 2020, 2021 und 2022. D.h., dass alle drei Jahre von COVID-19 beeinflusst sind. Sollten Sie von besonderen Annahmen für die Jahre 2020, 2021 sowie 2022 ausgehen, sind diese Annahmen wie auch deren finanziellen Auswirkungen in der Datei «Ergebnisrechnung-Kommentar CH» in der Zeile «KomBruttoleistungen» anzugeben. Dazu gehören unter anderem Nachholeffekte und Impfkosten.

Eine zusätzliche Erhebung, zum Beispiel hinsichtlich Leistungsschätzungen, können wir in Bezug auf die fragile Situation betreffend COVID-19 aber derzeit gleichwohl noch nicht ausschliessen. Detailliertere Anforderungen zu diesem Thema und die zur Datenübermittlung zu benutzenden Kanäle würden wir Ihnen zu einem späteren Zeitpunkt kommunizieren.

Änderungen:

- Verwendung der Kapitalerträge im Rahmen der Prämien genehmigung, siehe Kap. 2.1 und 2.2
- Aufhebung des Abzugsdatums 31.5. für die Kennzahlen LAUF BJ und FRÜH BJ, siehe Kap. 2.2
- CR nach Behandlungsjahr inkl. Aufteilung Bilanzrückstellungskonto 21010, siehe Kap. 2.2 und Kap. 6
- Rückstellungen kantonal, siehe Kap. 2.2
- Kommunikation der Versicherer bezüglich der Prämien, siehe Kap. 4
- KVAV Änderung 2021, siehe Kap. 5
- Struktur Erhebungsformular «Risikobestand CH», siehe 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 (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 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 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. 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 Abschnitt 6 beschrieben wird. Nicht kostendeckende oder unangemessen hohe Prämien werden vom BAG nicht genehmigt.
- Das BAG berücksichtigt bei der Prüfung der Kostendeckung die Kapitalerträge gemäss Ziffer 2.1. Diesbezüglich hat das BAG festgestellt, dass der Abzug eines Anteils an den Kapitalerträgen von den Kosten von den Versicherern häufig nicht miteinbezogen wird. Im Zusammenhang mit den stetigen Kapitalmarktgewinnen der Branche¹ weist das BAG explizit auf diese Möglichkeit hin. Die oben beschriebene Angleichung der kantonalen Combined Ratios muss jedoch immer noch gewährt sein. Versicherer, welche die Kapitalerträge in der Prämienberechnung miteinbeziehen möchten, deklarieren dies bei der Prämieeingabe im Erhebungsfile «Ergebnisrechnung-Kommentar CH».
- 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 Behandlungsjahr (LAUF BJ). Damit diese Kennzahl möglichst aussagekräftig ist, ist die Eingabe

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

bei der Hochrechnung (d.h. FRÜH BJ im 2021) neu ohne das vom BAG bislang festgelegte 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 (neu BDAJD statt BDAJ) und Behandlungen vor dem Abrechnungsjahr (neu BVAJD statt BVAJ) sowie neu in Unallocated Loss Adjustment Expenses für Schadenbearbeitungskosten (ULAE) aufgeteilt.
Werden auf Stufe Kanton nicht weitgehend ähnliche und mit der Erhebung EF ABWD vergleichbare Rückstellungsätze (für die Definition, siehe Kap. 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 (SLZG) korrekt auszufüllen.
Weitere Details zu diesen Punkten werden in Abschnitt 6 erläutert.
- Bei den grössten Kostengruppen werden die Bruttoleistungen erstmals in Verbindung mit dem Risikoausgleich (mittels Konti 480 AKTO + 153 - 2700) plausibilisiert. Dies aber in erster Linie bei einigemmassen 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.
- Gemäss Artikel 14 KVAG / Art. 12 Abs. 3 KVAV wird mit der Prämieeingabe der Versicherer eine Solvenzschätzung für das Jahr 2022 notwendig. Die so ermittelte provisorische Solvenzquote dient der Prüfung der Solvenz der Versicherer und hat einen Einfluss auf die Prämiengenehmigung. Das Formular «Unterjähriger Solvenzttest» ist von den Versicherern auszufüllen und dem BAG einzureichen (für weitere Informationen siehe Benutzeranleitung ISAK).
- 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. 1bis KVV). Die Minimalbeträge entsprechen den regionalen Durchschnittsprämien des vorangehenden Jahres, also des Jahres 2021, 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 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 Kapitalerträge nach Ziffer 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. Von Versicherern mit ausreichend hohen Beständen verlangt das BAG ggf. substantielle Anpassungen der Prämien, um kostendeckende Prämien zu erhalten.
- 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) 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 Artikel 91 Absatz 2 KVV zu berücksichtigen.
- 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 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 (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 Unfalldeckung 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 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 61 Abs. 3 KVG müssen die Versicherer für junge Erwachsene eine tiefere Prämie festsetzen als für Erwachsene. Ebenfalls sind die Prämien für Kinder tiefer festzusetzen als die Prämien der jungen Erwachsenen. Die Versicherer sind nicht berechtigt, Kinder von der Bezahlung der Prämien vollständig zu befreien². Es steht den Versicherern frei, die besondere Situation von kinderreichen Familien zu berücksichtigen und beispielsweise ab dem dritten Kind einen zusätzlichen Rabatt zu gewähren.

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

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).

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 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) Nach Art. 101 Abs. 3 KVV darf die Prämienermässigung 20 Prozent der Prämie der ordentlichen Versicherung nicht überschreiten.³

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

A. Höhe der erlaubten Prämienermässigung

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

B. Nachweis der Prämienermässigung

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

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

3.1.6 Prämienermässigungen bei Ruhen der Unfaldeckung

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 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 Prämie⁴ gedeckt werden, der dem „Unfallteil“ der OKP entspricht. Die Versicherer müssen die Ermässigungen entsprechend den „Unfallkosten“ ihres Versichertenportefeuilles festlegen. Die maximale Ermässigung wird durch Art. 91a Abs. 4 KVV auf 7 Prozent festgelegt.

Technische Erläuterungen:

Die Ermässigungen bei Ruhen der 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).

Diese minimale Prämie kann nur nach einer Prämienreduktion inkl. 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 (Art. 90c Abs. 2 KVV).

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

3.2 Prämienermässigungen in der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung

3.2.1 Abstufung nach Wartefrist

Art. 76 Abs. 2 KVG

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

3.2.2 Prämienermässigungen bei Ruhen der Unfalldeckung

Art. 72 Abs. 1 KVG

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

4. 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. 5 KVAV).

- 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 [www.priminfo.admin.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. Artikel 28 KVAV ist sinngemäss auch auf die Prämien der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung anwendbar (vgl. Art. 29 KVAV).

Gemäss Art. 16 Abs. 1 KVAG dürfen die Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (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 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 2022 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.

5. Freiwilliger Abbau von übermässigen Reserven

Art. 26 KVAV

Versicherer können freiwillig Reserven abbauen, wenn diese übermässig zu werden drohen. Der Abbau der Reserven erfolgt neu in erster Linie über das Instrument «knapp kalkulieren». Bei der knappen Kalkulation können die Versicherer bei der Berechnung der erforderlichen Prämien höhere Risiken eingehen. Dabei muss das Verhältnis zwischen Prämien und erwarteten Kosten (Combined Ratio) im gesamten Tätigkeitsgebiet des Versicherers einheitlich sein. Kann mit der knappen Kalkulation nicht verhindert werden, dass die Prämien zu übermässigen Reserven führen, kann der Abbau auch über das Instrument «knapp kalkulieren» mit einer gleichzeitigen Auszahlung eines Ausgleichsbetrags, der den Versicherten ausgerichtet wird, erfolgen. Bei Anwendung des Ausgleichsbetrags muss dieser festgelegte Betrag nach einem angemessenen, vom Versicherer bestimmten Schlüssel auf die Versicherten im örtlichen Tätigkeitsbereich verteilt werden.

Dabei ist zu beachten, dass die Versicherten der OKP EU auch zum örtlichen Tätigkeitsbereich eines Versicherers gehören.

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

- Angabe der knappen Kalkulation der Prämien
- oder
- Angabe der knappen Kalkulation der Prämien mit einer gleichzeitigen Auszahlung eines Ausgleichsbetrags
 - Angabe der knappen Kalkulation der Prämien,
 - Höhe des geplanten Reserveabbaus nach Kalenderjahren durch die Auszahlung eines Ausgleichsbetrags,
 - Höhe der Ausgleichsbeträge, die den Versicherten in den Folgejahren ausgerichtet werden sollen,
 - 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 Solvenztest (für weitere Informationen siehe Benutzerhandbuch ISAK). Es genehmigt den Abbau, wenn die Voraussetzungen gegeben sind und die Varianten im unterjährigen Solvenztest auch nach Abzug der Reserven, die abgebaut werden sollen, von den vorhandenen Reserven per 1. Januar 2022 eine Solvenzquote von mindestens 100 Prozent ergeben.

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.

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 2020 + FRÜH BJ 2021. Zusätzlich werden die Angaben des definitiven Risikoausgleichs 2020 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 2021 und FRÜH BJ 2022 genommen, bei der zweiten Variante die Bilanzrückstellungen des Abrechnungsjahres (BDAJD 2021, neu ohne ULAE), also LAUF BJ 2021 + BDAJD 2021. Die Schätzung der Versicherer für den Risikoausgleich 2021 fliesst ebenfalls in die Kennzahl ein und wird via 480 AKTO + 153 – 2700 (des Jahres 2021) 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 2022 und BDAJD 2022 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 VORA zu berechnen. Da der definitive Risikoausgleich 2020 bereits veröffentlicht sein wird, sind SZLG in der Hochrechnung (2021) sowie AKTO im Budgetjahr (2022) ebenfalls bekannt. Zudem sollten die Risikoausgleichsrückstellungen (Konti 153 oder 2700) der Hochrechnung der SZLG im Budgetjahr (2022) entsprechen, da die Werte der Hochrechnung bestmöglich (=best estimate) geschätzt werden müssen.

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 Prämieingabe erfolgt in der Applikation ISAK.

Für die Erfassung der Prämien der OKP stehen ab Ende Juni 2021 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 2022 angebotenen Prämien die kantonalen Ergebnisrechnungen resp. die Ergebnisrechnungen pro Land für zwei Jahre (Hochrechnung 2021 und Prognose 2022) und detaillierte Bestandeszahlen (Durchschnittsbestände) für drei Jahre zu liefern (Ist-Werte 2020, Hochrechnung 2021 und Prognose 2022). In letzterer Erhebung wird neu nicht mehr zwischen Personen mit beziehungsweise ohne Arzneimittelkosten von über 5000 Franken im Vorjahr unterschieden. Dies deshalb, weil nun auch der Risikoausgleich des Vorjahres via PCG berechnet wird. Der Indikator «Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr» bleibt hingegen bestehen. Die Risikoausgleichsklassen umfassen neben R0 neu R1_SA1 und R1_SA0.

Weiterhin werden in zusätzlichen Files für die OKP Schweiz 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 2022: 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 2021: Kostennachweis für die Prämien ermässigungen 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).
- Risikobestand MC 2021: Detaillierte Bestände für die Berechnung der zulässigen Prämien ermässigungen für die Versicherungsformen 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 Solvenzttest 2022: Mit der Prämieingabe 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 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.

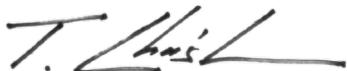
Wie im letzten Jahr ist wieder eine Einreichung auch in elektronischer Form möglich, wenn das Formular mittels einer SuisseID rechtsgültig digital signiert ist.

Eine aktualisierte Version der Benutzeranleitung für die Versicherer betreffend Prämieeingabe in ISAK ist ab Ende Juni 2021 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 8. April 2020 und die Ergänzung zum Kreisschreiben 5.1 vom 14. Mai 2021 ersetzt.

Leiter Direktionsbereich Kranken-
und Unfallversicherung



Thomas Christen
Vizedirektor
Mitglied der Geschäftsleitung

Abteilung Versicherungsaufsicht
Der Leiter



Philipp Muri

Anhang:

- Minimalbeträge 2022

Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Minimalbeträge für die Prämien 2022 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	449.1				338.3				106.0			
AI	354.4				262.8				84.0			
AR	419.1				312.7				97.5			
BE		549.0	493.0	461.6		406.4	367.8	340.1		130.5	116.7	108.4
BL		547.4	505.2			409.3	371.8			131.3	118.9	
BS	611.1				459.5				147.6			
FR		493.3	446.0			377.1	340.3			116.0	104.4	
GE	605.5				478.0				142.8			
GL	421.6				322.3				95.0			
GR		440.6	413.8	390.3		339.9	321.5	307.5		105.8	99.0	93.5
JU	536.8				399.7				121.8			
LU		452.9	418.7	402.2		340.5	313.3	301.6		106.3	97.9	94.4
NE	548.2				424.4				126.6			
NW	392.7				295.0				94.5			
OW	403.9				302.5				95.7			
SG		467.7	433.0	418.3		350.1	325.1	310.7		111.5	101.4	98.0
SH		476.4	443.8			359.0	330.5			111.0	101.8	
SO	477.8				358.1				112.3			
SZ	416.2				308.3				97.1			
TG	438.5				325.6				104.2			
TI		544.1	512.0			397.8	373.7			125.9	119.6	
UR	387.9				293.6				92.4			
VD		554.7	518.0			425.2	403.0			137.1	127.6	
VS		468.8	414.4			362.0	323.3			108.6	94.8	
ZG	397.7				294.7				94.1			
ZH		521.2	469.6	434.3		393.4	352.4	323.5		126.7	112.6	103.7

Grundlage der Minimalbeträge für das Jahr 2022: regionale Standardprämien 2021.