



CH-3003 Bern  
BAG

---

An die KVG-Versicherer  
und ihre Rückversicherer

<b>Kreisschreiben Nr.:</b>	<b>5.1</b>
<b>Inkrafttreten:</b>	<b>1. Juni 2026</b>

Referenz/Aktenzeichen: 721.1-1/40/1  
Unser Zeichen: MUP  
Sachbearbeiter/in: PEF  
**Bern, 15. April 2026**

## 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. Zudem zeigt es 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 Prämie eingabe 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 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.

Bei einer unterjährigen Prämienhöhung kommt die in Art. 27 [KVAV](#) erwähnte Vorlaufzeit von 5 Monaten nicht zur Anwendung, da eine unterjährige Prämienhöhung eine sichernde Massnahme nach Art. 38 Abs. 2 lit. g. [KVAG](#) darstellt.

## Änderungen

Es gibt neu ein [Kapitel 9](#). Viele technische Beschreibungen wurden in z.T. überarbeiteter Form dorthin verschoben.

Dieses Jahr sind folgende Anpassungen vorgesehen:

Thema	Kurze Beschreibung	Verweis
Behandlungsjahrsicht Berechnung Vorjahr	Die Berechnung der Combined Ratio Behandlungsjahr Vorjahr ändert sich. Neu wird auf die erstmals erhobenen Positionen «BDAJD_VERBRAUCHT» und «BDAJD_REST_AKTUALISIERT» abgestützt.	<a href="#">Kap. 2.2</a> <a href="#">Kap. 6</a> <a href="#">Kapitel 9</a>
Exogene Teuerung	Die Angaben zur exogenen Teuerung wurden bislang via Kommentarfile abgefragt. Neu gibt es dazu eine separate Datei.	<a href="#">Kap. 2.2</a>
Behandlungsjahrsicht OKP EU	Neu gibt es, analog zu OKP CH, auch bei OKP EU eine Combined Ratio Behandlungsjahr. Die Datenerhebung wird entsprechend erweitert.	<a href="#">Kap. 2.3</a>

## 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 nicht erlaubt.

## **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. Diese betrachtet die Differenz zwischen Rückversicherungsprämie und den erwarteten Rückversicherungsleistungen als Aufwand.

Zur Prüfung der Kostendeckung wird eine Combined Ratio nach Behandlungsjahr hinzugezogen. Das [Kapitel 9](#) enthält weitergehende Angaben dazu.

Für die Prämienfestlegung müssen die Versicherer Annahmen bezüglich exogener Teuerung treffen. Diese Angaben wurden bislang in einem Kommentarfile geliefert. Neu gibt es dazu eine separate Datei. Darin muss die exogene Teuerung in Prozenten nach Jahr (2025/2026, 2026/2027) und nach Kanton unterschieden werden.

### **Anrechnung von Kapitalerträgen**

Das BAG weist auf die Möglichkeit der Anrechnung der Kapitalerträge hin. Die oben beschriebene Angleichung der kantonalen Combined Ratios muss jedoch immer noch gewährt sein.

Alle Versicherer müssen bei der Prämieeingabe festhalten, ob sie Kapitalerträge anrechnen wollen oder nicht. Ein Vermerk ist auch dann erforderlich, wenn ein Krankenversicherer bei seiner Prämienberechnung keine Kapitalerträge berücksichtigt. Bei einer Anrechnung muss der gewünschte Anteil der Kapitalerträge in Prozenten des Prämienvolumens OKP CH (Konto 3.) angegeben werden.

Das BAG geht bezüglich Berechnung wie folgt vor:

$$\left( \frac{1}{10} * \sum_{k=0}^9 \frac{\text{Konto } 7.3.0.31.12.2025-t}{\text{Teil Konto } 1.0.31.12.2025-t} \right) * \text{Teil Konto } 1.0.2025$$

$$* \frac{1}{\text{Konto } 3.2027^{\text{OKP CH+OKP EU+Taggeld KVG+AR KVG}}}$$

Unter Teil Konto 1.0. ist die Auflistung der Konten 1.0.0. bis und mit 1.0.5. zu verstehen.

(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.

### ST Prognose

Gemäss Art. 14 [KVAG](#) / Art. 12 Abs. 3 [KVAV](#) wird mit der Prämieeingabe der Versicherer eine Solvenzschätzung für das Jahr 2027 notwendig. Sie muss von den OKP-Versicherern und von reinen Taggeldversicherern eingereicht werden. Diese Schätzung dient der Aufsicht zur Beurteilung der Prämieeingabe im Hinblick auf die Solvenz der Versicherer. Sie erfolgt via Formular ST Prognose.

### 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 namentlich vor, 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 2026, 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 30.06. 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.

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.

Die Krankenversicherer haben bei Spitalbehandlungen in der Schweiz bei den folgenden Versicherten die vollen Spitalkosten zu übernehmen: 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. Bei dieser Personengruppe können die Kantone nicht verpflichtet werden, den kantonalen Anteil zu tragen. 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. Neu werden diese auch für OKP EU getrennt erhoben.

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

Neu wird zur Prüfung der Kostendeckung eine Combined Ratio nach Behandlungsjahrsicht hinzugezogen. Für die dafür benötigten Daten und Berechnungen wird auf OKP CH und die Erläuterungen im [Kapitel 9](#) verwiesen.

## **2.4 Besonderheiten der freiwilligen Taggeldversicherung**

### **Pflicht zur Durchführung der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung**

Gemäss Art. 5 Bst. h [KVAG](#) müssen alle Versicherer, welche die OKP anbieten, die freiwillige Einzeltaggeldversicherung durchführen. Die Prämientarife der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung müssen gemäss Art. 16 [KVAG](#) vom BAG genehmigt werden.

Prämien der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung sind von allen Versicherern einzureichen, welche die OKP vertreiben und von den Versicherern, die lediglich die freiwillige Taggeldversicherung anbieten.

### **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 gemäss den Vorgaben des BAG 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. Die maximalen Prämienunterschiede werden in Artikel 2 der [Verordnung des EDI über die Prämienregionen](#) festgelegt.

Kanton	Maximalrabatt für Prämienregion 2	Maximalrabatt für Prämienregion 3
ZH	15%	10%
BE	15%	10%
LU	15%	<b>5%</b>
FR	<b>10%</b>	-
BL	15%	-
SH	15%	-
SG	<b>10%</b>	10%
GR	15%	10%
TI	15%	-
VD	15%	-
VS	15%	-

Bei Kantonen mit zwei Prämienregionen ist einzig die Differenz von 15% (bei FR 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](#) unter Downloads publiziert. Sie sind den Versicherten rechtzeitig bekannt zu geben.

Das BAG veröffentlicht den Anhang zur Verordnung in Form einer Exceldatei<sup>1</sup>.  
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 befreien<sup>2</sup>.

Es steht den Versicherern frei, die besondere Situation von kinderreichen Familien zu berücksichtigen und beispielsweise ab dem dritten Kind einen zusätzlichen Rabatt zu gewähren. Ein solcher Rabatt darf nicht an zusätzliche Bedingungen geknüpft werden. Er darf z.B. nicht davon abhängig gemacht werden, ob ein Elternteil ebenfalls für sich eine Versicherung abschliesst.

### 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.

<sup>1</sup> <https://www.bag.admin.ch/de/krankensversicherung-praemienregionen>

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

- 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.

### 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 (nachfolgend Modelle) darf nur in der OKP CH angeboten werden (vgl. Art. 101a [KVV](#)).

Prämienermässigungen für Modelle 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 Erfahrungszahlen von mindestens fünf Jahren gelten die Bestimmungen im [Kreisschreiben 5.3](#) vom 8. April 2026.

Für Modelle ohne Erfahrungszahlen von fünf Jahren, 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](#)).<sup>3</sup>

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.

Neu gibt es eine separate Erhebung inkl. Maximalrabatt für Modelle, die im Folgejahr eingeführt werden.

<sup>3</sup> Im Urteil 9C\_599/2007 des Bundesgerichtes vom 18. Dezember 2007 betreffend Art. 90b KVV, Reihenfolge der Prämienermässigungen (Erwägung 4.3) wird festgehalten, dass die ordentliche Versicherung gemäss Wortlaut und Systematik der KVV diejenige ist, bei welcher Prämienregion und Altersgruppe berücksichtigt, aber keine besonderen Versicherungsformen gewählt werden, also eine Versicherung, bei welcher weder eine erhöhte Franchise noch eine eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer gilt.

## B. Nachweis der Prämienermässigung

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

Im [Kreisschreiben 5.3](#) wird die Methodik zur Bestimmung des durchschnittlichen Prämienrabattsatzes beschrieben. Die Beschreibung der Eingabe der detaillierten Risikobestände erfolgt im [Kapitel 9](#) des vorliegenden Kreisschreibens 5.1.

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

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 Unfalldeckung

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 Unfalldeckung reduzieren.

In beiden Fällen darf bei einer Sistierung der Unfalldeckung die gewährte Ermässigung nicht höher ausfallen als der Prämienanteil für die Deckung dieses Risikos. Die durch Unfälle verursachten Kosten müssen dementsprechend durch jenen Teil der Prämie<sup>4</sup> gedeckt werden, der dem „Unfallteil“ der OKP entspricht. Die Versicherer müssen die Ermässigungen entsprechend den „Unfallkosten“ ihres Versichertenportefeuilles festlegen. Die maximale Ermässigung wird durch Art. 91a Abs. 4 [KVV](#) auf 7 Prozent festgelegt.

Technische Erläuterungen:

Die Ermässigungen bei Ruhen der Unfalldeckung können je nach Kanton unterschiedlich festgesetzt werden.

<sup>4</sup> Vgl. RKUV 1998, Nr. KV 23, S. 58, Erwäg. 2 a).

### 3.1.7 Minimale Prämie

Art. 62 Abs. 1, 2 und 3 KVG / Art. 90c KVV

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

Wird die minimale Prämie unterschritten, ist es dem Versicherer überlassen, welche Prämienermässigung um wie viel gekürzt wird (unter Vorbehalt der übrigen Vorgaben).

Diese minimale Prämie kann nur nach einer Prämienreduktion inkl. Sistierung der Unfalldeckung erreicht werden. Das heisst, dass die Versicherer die Prämienermässigungen im Zusammenhang mit wählbaren Franchisen und eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer so festsetzen müssen, dass sie noch die Ermässigung für die Sistierung der Unfalldeckung gewähren können (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 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. Transparenz und Kommunikation in Sachen Prämientarife und Reserveabbau

5rArt. 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 Informationen 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**

- Publiziert 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 Medienkonferenz betreffend Krankenversicherungsprämien.

Gemäss Art. 16 Abs. 1 [KVAG](#) dürfen die Prämientarife der OKP und der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung vor ihrer Genehmigung weder veröffentlicht noch angewendet werden.

Der Text der Prämienverfügung hält explizit fest, dass bis zum Beginn der Medienkonferenz des Bundesrates betreffend Krankenversicherungsprämien Dritte nicht über die zukünftigen Prämien informiert werden dürfen.

Das BAG legt die gesetzliche Bestimmung von Art. 16 Abs. 1 [KVAG](#) wie folgt aus:

- Für die Versicherer ist es nicht erlaubt, Dritten Informationen über die zukünftigen Prämien bekannt zu geben. Dies gilt auch für die Anrechnung von Kapitalerträgen 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 Medienkonferenz betreffend Krankenversicherungsprämien 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». Hauptsächliche 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.

Das obige Vorgehen würde zu einer Combined Ratio von 100% führen. Allerdings kann man hier die etwas optimistische Kostenschätzung nicht direkt herauszulesen. Die Versicherer können bei «Knapp Kalkulieren» stattdessen aber auch eine Combined Ratio eingeben, welche nicht auf einer etwas optimistischen Kostenschätzung basiert. Hier resultiert erst nach Abzug des Zuschlags für «Knapp Kalkulieren» und/oder für die Anrechnung von Kapitalerträgen eine Combined Ratio von 100%. Das BAG bevorzugt aus rein technischen Gründen diese Eingabemöglichkeit anstelle der im ersten Abschnitt beschriebenen Vorgehensweise. Dies vereinfacht die Prüfung wesentlich. Gehen alle Krankenversicherer

gleich vor, ermöglicht dies zudem einen effizienteren Vergleich der Prämiengesuche der Krankenversicherer. Das Verhältnis zwischen Prämien und erwarteten Kosten (Combined Ratio) muss weiterhin im gesamten Tätigkeitsgebiet des Versicherers (OKP CH und OKP EU) einheitlich sein.

Als Obergrenze gelten zwei Prozentpunkte des Konto 3. des Folgejahres (ohne Anrechnung von Kapitalerträgen). 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 Kapitalerträgen angeben, ob sie das Instrument «Knapp Kalkulieren» nutzen wollen oder nicht. Ein Vermerk ist auch dann erforderlich, wenn auf den Einsatz des Instruments verzichtet wird.

Die gewünschte knappe Kalkulation muss dabei auch hier in Prozenten des Prämienvolumens (Konto 3. OKP CH) angegeben werden (analoges Vorgehen bei OKP EU, gleicher Prozentsatz wie bei OKP CH).

Das BAG genehmigt «Knapp Kalkulieren», wenn die Voraussetzungen dafür gegeben sind und die pessimistische Variante der ST Prognose unter Anwendung der Prämieeingabe (einschliesslich eines allfälligen Reserveabbaus mit Ausgleichsbeträgen) eine Solvenzquote von mindestens 100 Prozent ergibt.

#### **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 reicht der Versicherer ein separates, rechtsgültig unterschriebenes Gesuch mit einem Abbauplan ein.

Bei Anwendung des Ausgleichsbetrags muss dieser festgelegte Betrag nach einem angemessenen, vom Versicherer bestimmten Schlüssel auf die Versicherten im örtlichen Tätigkeitsbereich verteilt werden<sup>5</sup>.

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 Kapitalerträge 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 zugutekommen sollen (pro Versicherter und je Monat)<sup>6</sup>,
- Definition der Versicherten, die von einem Ausgleichsbetrag profitieren sollen.

Das BAG überprüft den Abbauplan und kontrolliert jährlich, ob die Voraussetzungen für den Abbau noch gegeben sind. Dabei stützt es sich auf die ST Prognose des Versicherers.

Es genehmigt den Abbau, wenn die Voraussetzungen gegeben sind und die pessimistische Variante

<sup>5</sup> 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).

<sup>6</sup> Gibt ein Versicherer den Ausgleichsbetrag als Jahresbetrag an, dividiert das BAG ihn durch 12 und rundet das Ergebnis auf 10 Rappen ab.

der ST Prognose unter Anwendung der Prämieeingabe einschliesslich des Reserveabbaus mit Ausgleichsbeträgen eine Solvenzquote von mindestens 100 Prozent ergibt.

Bei einem mehrjährigen Abbauplan wird im laufenden Jahr (Hochrechnung) beim Rückstellungskonto 2.1.4.0.X. (X steht für Kanton X) und im entsprechenden Aufwandkonto 7.1.5.0.X. (X steht für Kanton X) nur der Ausgleichsbetrag für das Budgetjahr, nicht aber für allfällig weitere Jahre erfasst. Die Konten stehen nicht nur für OKP CH, sondern auch für OKP EU zur Verfügung (2.1.4.1.X. und 7.1.5.1.X.).

Wie bis anhin werden die genehmigten Prämien auf ([priminfo.ch](http://priminfo.ch), Prämienrechner) dargestellt. Seit 2022 wird 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. 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 4.5.4.),
- 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 4.5.4.) gerechnet.

Die weiteren Veränderungen der versicherungstechnischen Rückstellungen (Konto 4.5. ohne 4.5.4.) 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 2.1.0.) 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 Konten zu verwenden, wobei gemäss

Art. 25 Abs. 3 [KVAV](#) die Prämien über die gesamte EU kostendeckend sein müssen.

### **Combined Ratios nach Behandlungsjahr**

Für die Prämien sind die Kosten nach Behandlungsjahr massgebend. Daher wird für das Vorjahr, das laufende Jahr sowie das Folgejahr eine Combined Ratio nach Behandlungsjahrsicht berechnet. Beim Vorjahr wird auf den definitiven Risikoausgleich nach den Angaben der gemeinsamen Einrichtung abgestützt. Neu wird bei den Rückstellungen des Vorjahres eine aktualisierte Schätzung mit Wissensstand 30. Mai des laufenden Jahres abgefragt.

Für das laufende Jahr und für das Folgejahr werden sowohl bei den Nettoleistungen als auch beim Risikoausgleich eine Behandlungsjahrsicht eingenommen. Beim laufenden Jahr bedeutet dies, dass Abwicklungsergebnisse nicht miteinbezogen werden.

Für das Folgejahr entspricht die Combined Ratio Behandlungsjahr grundsätzlich der obigen Combined Ratio. Die beiden Combined Ratio müssen im Folgejahr grundsätzlich gleich sein, da die Krankenversicherer sowohl die Rückstellungen als auch den Risikoausgleich am Ende des laufenden Jahres best estimate schätzen.

Das [Kapitel 9](#) enthält weiterführende Angaben, wie etwa Berechnungsformeln.

Die Combined Ratio nach Behandlungsjahr wird – wie bisher – für OKP CH (respektive je Kanton) und neu nun auch für OKP EU berechnet.

## **7. Einzuzureichende Unterlagen**

Gemäss Art. 27 Abs. 2 [KVAV](#) legt das BAG fest, welche Unterlagen und Informationen den Prämientarifen beigelegt und nach welchen Standards sie übermittelt werden müssen.

Die Erfassung der Daten für die Prämieeingabe erfolgt in der neuen Erhebungsplattform. OKP CH, OKP EU, Taggeld und ST Prognose werden nicht mehr in separaten Erhebungen abgefragt. Es gibt dafür nun eine einzige gemeinsame Erhebung «PG KVG und ST Prognose 2027».

## **8. Freigabeerklärung**

Neu muss die Freigabeerklärung nur noch für die gesamte Erhebung «PG KVG und ST Prognose 2027» eingereicht werden. D.h. es gibt nun keine separaten Freigabeerklärungen für OKP CH, der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung und der OKP EU mehr. Bei einer allfälligen Neueingabe muss die Freigabeerklärung grundsätzlich nicht erneut eingereicht werden (Ausnahme z.B. bei einer Änderung der unterzeichnenden Personen).

Weiterhin gilt, dass die Freigabeerklärung von Personen mit ausreichender Zeichnungsberechtigung unterschrieben werden muss. Weitere Angaben können dem [Kapitel 9](#) entnommen werden.

Der Versicherer muss die Freigabeerklärung im Original aufbewahren. Dem BAG muss sie bei Bedarf zur Verfügung gestellt werden können. Dies gilt für alle Freigabeerklärungen, nicht nur für diejenige der letzten Prämieeingabe.

## 9. Technische Details

### Allgemeine Hinweise

- **Stammdaten:** Damit das BAG Änderungen der Stammdaten (Tätigkeitsgebiet Modelle, Einschränkung nach Gemeinde etc.) für das Jahr 2027 zeitgerecht vornehmen kann, ist es auf eine frühzeitige Meldung angewiesen. Änderungen der Stammdaten, die keine Geschäftsplanänderung erfordern, sind an [isak@bag.admin.ch](mailto:isak@bag.admin.ch) zu richten.
- **Kontenplan:** Der Kontenplan ab 2026 wird entsprechend dem neuen Kontenrahmen angezeigt. Er wird also leicht vom Kontenplan der definitiven Jahresrechnung 2025 abweichen.
- **Neue Modelle:** Für Modelle, die im Folgejahr eingeführt werden (sog. neue Modelle) gibt es nun eine separate Erhebung. In ISAK Relaunch wurde sie wegen ihrer thematischen Zugehörigkeit unter dem Reiter «Prämiengenehmigung» angesiedelt. Der Inhalt wird beibehalten.

Falls der beantragte maximale Modellrabattsatz mehr als 14 Prozent beträgt, ist gemäss [Kapitel 3.1.4](#) Bst. B des Kreisschreibens 5.1 vorzugehen.

- **Freigabeerklärung** (vgl. [Kapitel 8](#)): ISAK Relaunch ermöglicht eine vereinfachte Einreichung der Freigabeerklärung:
  - Die Freigabeerklärung ist mit elektronischer Unterschrift in der Erhebungsplattform hochzuladen (nicht mehr postalisch oder per Mail).
  - Es sind die Erfordernisse einer qualifizierten elektronischen Signatur und eines qualifizierten elektronischen Zeitstempels einzuhalten (vgl. Webseite der Schweizerischen Akkreditierungsstelle SAS).
  - Alternativ können die Freigabeerklärungen auch von Hand unterschrieben, eingescannt und in der Erhebungsplattform hochgeladen werden.

### Behandlungsjahrsicht

Für die Prämien sind die Kosten nach Behandlungsjahr massgebend. Daher wird für das Vorjahr, das laufende Jahr sowie das Folgejahr eine Combined Ratio nach Behandlungsjahrsicht berechnet.

**Neue separate Datei für das Behandlungsjahr:** Die Konten bezüglich Behandlungsjahr werden neu separat erhoben, um sie thematisch besser von den klassischen Finanzbuchhaltungskonten abzugrenzen. Die Anforderungen werden weiter unten beschrieben (Erhebungsfile PG\_OKPCH\_BJ\_2027.csv).

### Risikoausgleich:

- **Definitiver Risikoausgleich:** Beim Vorjahr wird auf den definitiven Risikoausgleich nach den Angaben der gemeinsamen Einrichtung abgestützt.
- **Akonto- und Schlusszahlung:** Die Berechnung der Akontozahlung richtet sich nach Art. 19 Abs. 1 Bst. a der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung ([VORA](#)). Da der definitive Risikoausgleich 2025 zum Zeitpunkt der Prämieeingabe bereits veröffentlicht sein wird, sind Schlusszahlung in der Hochrechnung (2026) sowie Akonto im Budgetjahr (2027) ebenfalls bekannt. Zudem sollte der Risikoausgleich je Kanton in der Bilanz (Konto 1.5.3. oder 2.1.21.0.) der Hochrechnung, der Schlusszahlung im Budgetjahr (2027) entsprechen, da die Werte der Hochrechnung bestmöglich (= best estimate) zu schätzen sind.

## Formeln

Nachfolgend stehen die Formeln für die Claims Ratio, wobei  $t$  dem laufenden Jahr entspricht. Die Cost Ratio wird im [Kapitel 6](#) beschrieben.

Die Combined Ratio nach Behandlungsjahr wird für OKP CH (bzw. je Kanton) und neu für OKP EU berechnet. Bei den Formeln wird, wie bei der Gleichung im [Kapitel 6](#), nicht nach Branche spezifiziert. Neu wird auch die Combined Ratio des Vorjahres methodisch korrekt via Rückstellungen berechnet.

### Vorjahr

$$\frac{(4.0. + 4.2.0.)LAUF_{t-1} - BDAJD\_VERBRAUCHT_{t-1} - BDAJD\_REST\_AKTUALISIERT_{t-1} + 4.2.1._{t-1} + def.Risikoausleich_{t-1} + 4.3.erKonten_{t-1} + 4.4._{t-1}}{Konto\ 3._{t-1}}$$

### Laufendes Jahr (= Hochrechnung)

$$\frac{(4.0. + 4.2.0.)LAUF_t - BDAJD_t + 4.2.1._t + 4.8.0.AKTO_t + 1.5.3._t - 2.1.21.0._t + 4.3.erKonten_t + 4.4._t}{Konto\ 3._t}$$

Folgejahr (= Budget): Die Combined Ratio ist analog aufgebaut wie diejenige für das laufende Jahr. Statt  $t$  gilt nun  $t + 1$ .

## Erhebungsformulare

### PG OKP CH

Bei OKP CH kommen neu csv-Dateivorlagen zum Einsatz.  
Nachfolgend steht RBST für Risikobestand und PR für Prämien.

#### PG\_OKPCH\_PR\_RBST\_2027.csv (Prämienfile mit Detailbestand je Prämie)

- **Detaillierter Bestand direkt im Prämienfile:**
  - Alle Krankenversicherer liefern dem BAG Detailbestände auf Stufe einzelne Prämie für das laufende Jahr (und freiwillig für das Folgejahr).
  - Neu geschieht dies direkt im Prämienfile OKP CH. Die Versicherer müssen somit nicht mehr zwei getrennte Erhebungen einreichen. Das Prämienfile enthält neben der Spalte «Prämie» neu die Spalten «Durchschnittsbestand (gemäss Art. 29 [KVV](#)) Hochrechnung» und «Durchschnittsbestand (gemäss Art. 29 [KVV](#)) Budget».
  - Für das laufende Jahr ist der Durchschnittsbestand 2026 einzugeben. Gemeint sind Personen und nicht Versichertenmonate.
- **Prämienfile mit Zustand Folgejahr:**
  - Das Prämienfile zeigt den Zustand im Folgejahr. D.h., dass ein im laufenden Jahr noch vertriebenes Modell in der Vorlage nicht mehr erscheint. Der Bestand dieses Modells für das laufende Jahr muss deshalb künstlich auf die Bestände anderer Tarife umverteilt werden.
  - Besteht die Bestrebung, möglichst viele Versicherte eines solchen Modells im Folgejahr in ein anderes Modell zu bringen, dann soll diese Zuteilung auch bereits für das laufende Jahr übernommen werden.

- **Modellrabatt:** Bei einigen Krankenversicherern wird das Prämiensfile auch für die Berechnung des Nachweises der Premienermässigung eines Modells benutzt. Die Lieferung ist 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. Die Zustellung ist freiwillig für alle anderen Modelle. Werden Bestände für das Folgejahr eingegeben, wird das BAG diese für die Berechnungen gemäss Kreisschreiben 5.3 verwenden.

#### **PG\_OKPCH\_RBST\_2027.csv** (Versichertenbestand Risikoausgleich)

Bei der Berechnung von Prokopfgrossen wird grundsätzlich der Bestand aus diesem file verwendet.

Bei Militärsistierungen sind die Versichertenmonate, bei denen ein Krankenversicherer keine Prämien einnimmt und keine Leistungen bezahlt, nicht mitzuzählen.

Versicherte, die nach unbekannt umgezogen sind (sogenannte Phantome), sind noch so lange in den Beständen zu führen, bis der Kanton über die Beendigung der Versicherungspflicht für diese Personen entschieden hat. Die Deckungen dieser Versicherten sind somit nicht als sistiert anzusehen. Sobald jedoch die Änderung des KVG vom 14. Juni 2024 (Datenaustausch, Risikoausgleich) in Kraft tritt, kann der Versicherer die Versicherten, die er seit einer bestimmten Anzahl Monate nicht mehr kontaktieren kann, sistieren. Das Datum der Inkraftsetzung lag zum Zeitpunkt der Publikation dieses Kreisschreibens noch nicht vor.

#### **PG\_OKPCH\_RBST\_PCG\_2027.csv** (Versichertenbestand PCG)

Die Zeilen-Position von DM2\_HYP folgt nun der alphabetischen Reihenfolge.

#### **PG\_OKPCH\_ERCH\_2027.csv** (Ergebnisrechnung)

Gewisse Inkonsistenzen werden nicht als Fehlermeldungen, sondern «lediglich» als Warnungen angezeigt. Auch wenn die «Erhebung PG KVG und ST Prognose 2027» bei Warnungen gleichwohl abgeschlossen werden kann, sollten alle Warnungen grundsätzlich ernst genommen werden. Falls die Existenz von Warnungen inhaltlich gerechtfertigt ist, sind die Gründe dafür zwingend im Kommentarbereich zu nennen.

#### **PG\_OKPCH\_PRSOLL\_2027.csv** (Prämienvolumen je Altersklasse und Region)

Diese Angaben werden für die Berechnung der jeweiligen mittleren Prämien verwendet. Die Summe der Werte entspricht dem jeweiligen Konto in der Ergebnisrechnung.

#### **PG\_OKPCH\_BJ\_2027.csv** (Ergebnisrechnung, Behandlungsjahr)

**Rückstellungen:** Das Konto Bilanzrückstellungen wird in Behandlungen des Abrechnungsjahres (BDAJD) und Behandlungen vor dem Abrechnungsjahr (BVAJD) sowie in Unallocated Loss Adjustment Expenses für Schadenbearbeitungskosten (ULAE) aufgeteilt.

**Leistungen:** Die Bruttoleistungen (Konto 4.0.0.) und KoBe (Konto 4.2.0.0.) werden pro Kanton aufgeteilt nach früheren Behandlungsjahren (FRUEH BJ) und laufendem Behandlungsjahr (LAUF BJ). Die Eingabe bei der Hochrechnung (d.h. FRUEH BJ 2026) ist weiterhin ohne ein Abzugsdatum vorzunehmen.

Die Werte können also gemäss den neusten Erkenntnissen hochgerechnet werden.

**Rückstellungen Vorjahr:** Inhaltlich neu sind die Positionen «BDAJD\_VERBRAUCHT» und «BDAJD\_REST\_AKTUALISIERT» des Vorjahres, um aussagekräftigere Kennzahlen zu ermöglichen.

Mit Wissensstand 30. Mai 2026 wird angegeben,

- welcher Betrag bereits als Nettoleistungen für das Behandlungsjahr 2025 anfiel und
- wie hoch die noch verbleibenden Rückstellungen für das Behandlungsjahr 2025 geschätzt werden (= Aktualisierung von BDAJD).

### **PG\_OKPCH\_EXTEUERUNG\_2027.csv** (Teuerung)

Die Angaben zur exogenen Teuerung erfolgten bislang via Kommentarfile.

Neu wird die exogene Teuerung in einer separaten Datei abgefragt, um die Erfassung zu vereinfachen. Darin gibt es die Spalten:

- «Exogene Teuerung in Prozent Hochrechnung» (d.h. für 2025/2026)
- «Exogene Teuerung in Prozent Budget» (d.h. für 2026/2027)

### **Zusatzangaben, User Interface (UI)**

Zusatzangaben können die Versicherer neu im UI direkt an der betreffenden Stelle einfügen. Das separate Kommentarfile entfällt dadurch.

Es existieren die folgenden Kategorien: «Portfolio», «Prämien Ertrag», «Prämien Fortsetzung», «exogene Teuerung», «Bruttoleistungen», «Kostenbeteiligung», «Rückstellungen», «Risikoausgleich», «Verwaltungskosten» und «Reserven (Gemäss Kreisschreiben 5.1: Angaben zu knapp kalkulieren, Anrechnung Kapitalerträge und Reserveaufbau.)».

Es werden mindestens folgende Informationen von den Krankenversicherern benötigt:

#### *Bruttoleistungen:*

- Eventuelle wesentliche Auswirkungen des neuen Gesamt-Tarifsystems für ambulante ärztliche Leistungen TARDOC/ambulante Pauschalen (z.B. Quantifizierung einer beschleunigten oder verzögerten Rechnungsstellung der Leistungserbringer im 2025 und/oder im 2026, bei Bedarf nach Kanton unterschieden).
- Beschreibung des Vorgehens bei der Erfassung der Leistungen bei den Kostengruppen
- Nur falls substantiell: Pro Kanton best-estimate geschätzter Zusatzaufwand für offene Tarifverhandlungen, in CHF Mio., nach Jahr unterschieden

#### *Rückstellungen:*

- Begründung für allenfalls kantonal unterschiedliche und mit der Erhebung EF ABWD (CH) nicht vergleichbare Rückstellungssätze

#### *Reserven:*

- Anrechnung wie auch Nicht-Anrechnung von Kapitalerträgen
- Anrechnung der Kapitalerträge in Prozenten des Konto 3. OKP CH (analoger Prozentsatz bei OKP EU)
- Einsatz wie auch Nicht-Einsatz des Instrumentes «Knapp Kalkulieren»
- Ausmass von knapp kalkulieren in Prozenten des Konto 3. OKP CH (analoger Prozentsatz für OKP EU)

## **PG OKP EU**

Bei OKP CH kommen neu ebenfalls csv-Dateivorlagen zum Einsatz. Sie entsprechen im Wesentlichen den bisherigen Angaben.

Neu ist einzig die Behandlungsjahrsicht (mit entsprechenden Konten), die auf dem bekannten Vorgehen gemäss OKP CH beruht. Weiter können neu auch für OKP EU vereinfacht Kommentare via UI erfasst werden.

## **PG Taggeld**

Es gibt keine materiellen Änderungen.

## **ST Prognose**

- Die Erhebung ST Prognose bleibt inhaltlich gleich.
- Es ist auf eine Übereinstimmung der Einträge beim Szenario «erwartet» (z.B. vorhandene Reserven, Bestand und Betriebsergebnis) mit den Angaben in den verschiedenen Erhebungen (ST 2026, PG OKP CH resp. PG OKP EU, PG Taggeld) zu achten.

*Hiermit wird das Kreisschreiben 5.1 „Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung“ vom 9. Mai 2025 ersetzt.*

Bundesamt für Gesundheit



Philipp Muri  
Leiter Abteilung Versicherungsaufsicht



Esther Undine Schütz  
Leiterin Sektion Prämien und finanzielle Risiken

Anhang:

- Minimalbeträge 2027

**Obligatorische Krankenpflegeversicherung**

**Minimalbeträge für die Prämien 2027 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	570.8				415.1				133.5			
AI	441.4				320.6				103.5			
AR	534.3				385.0				124.8			
BE		666.6	603.2	559.9		474.2	440.4	404.5		156.0	141.1	130.4
BL		672.7	629.9			484.6	446.9			161.1	147.8	
BS	693.5				507.1				171.9			
FR		611.3	562.5			446.4	413.5			146.2	133.2	
GE	730.0				544.3				172.8			
GL	533.9				381.8				124.5			
GR		547.4	512.1	483.7		403.8	377.7	362.1		130.0	121.9	114.9
JU	668.9				479.8				152.4			
LU		558.9	526.0	506.3		401.5	375.1	362.5		130.0	121.2	116.7
NE	687.3				502.1				157.2			
NW	494.1				358.0				115.2			
OW	491.6				350.2				114.9			
SG		574.2	533.6	513.4		414.8	384.8	366.9		137.1	124.1	118.6
SH		583.4	550.5			431.2	401.8			136.0	126.6	
SO	602.3				434.9				139.1			
SZ	517.0				363.9				118.9			
TG	544.8				395.6				128.7			
TI		748.3	684.9			549.4	507.2			173.7	159.1	
UR	487.5				349.6				111.4			
VD		698.9	656.2			510.3	481.2			170.0	160.5	
VS		590.7	506.4			422.4	378.4			139.6	115.5	
ZG	417.9				302.1				98.8			
ZH		640.1	583.5	543.7		458.5	420.3	388.8		154.1	139.6	129.5

Grundlage der Minimalbeträge für das Jahr 2027: regionale Standardprämien 2026.