



CH-3003 Bern
BAG

An die KVG-Versicherer
und ihre Rückversicherer

Kreisschreiben Nr.:	5.3
Inkrafttreten:	1. Juni 2026

Referenz/Aktenzeichen: 721.1-1/40/2
Unser Zeichen: SES
Sachbearbeiter/in: STA
Bern, 8. April 2026

Besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer: Nachweis Kostenunterschiede

1 Vorwort

Art. 41 Abs. 4, Art. 62 Abs.1 [KVG](#), Art. 101 Abs. 2 [KWV](#)

Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 41 Abs. 4 Bundesgesetz über die Krankenversicherung, [KVG](#)). Der Versicherer kann die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer nach Artikel 41 Absatz 4 [KVG](#) vermindern (Art. 62 Abs. 1 [KVG](#)).

Gemäss Artikel 101 Absatz 2 der Verordnung über die Krankenversicherung ([KWV](#)) sind Prämienermässigungen nur zulässig für Kostenunterschiede, welche auf die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer sowie auf eine besondere Art und Höhe der Entschädigung der Leistungserbringer zurückzuführen sind. Kostenunterschiede aufgrund eines günstigeren Risikobestandes in solchen Modellen geben keinen Anspruch auf Prämienermässigungen. Die Kostenunterschiede müssen durch Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren nachgewiesen werden.

Das vorliegende Kreisschreiben definiert die Methodik für das Erbringen der Nachweise der Kostenunterschiede, welche die Prämienermässigungen für Modelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers rechtfertigen und die Art, wie diese Nachweise dem BAG einzureichen sind.

2 Allgemeine Beschreibung der Methodik

Die Methodik legt die maximal zulässigen Rabatte für Modelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers in Bezug auf die Prämien der Basisversicherung (d.h. der Versicherung mit ordentlicher Franchise und Wahlfranchisen) fest. Dabei orientiert sie sich an den effektiven Kosteneinsparungen der Modelle. Entsprechende Methoden sind in Studien dargestellt, die sich zum Teil auf Daten der Schweizer Krankenversicherung stützen¹.

Die Methodik vergleicht die Kosten der Basisversicherung mit den Kosten der Modelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers. Dazu erbringt der Versicherer einen Kostennachweis. Mit Hilfe der Daten wird geschätzt, wie hoch die Kosten der Versicherten in Modellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer gewesen wären, wenn diese Versicherten eine Basisversicherung abgeschlossen hätten (Kosten B in Kapitel 4.1). Zusätzlich werden die effektiven Durchschnittskosten der Versicherten in den untersuchten Modellen (Kosten A in Kapitel 4.1) berechnet und die Differenz $B - A$ als risikobereinigte Kosteneinsparung betrachtet. Die Berücksichtigung eines zusätzlichen Pufferterms ermöglicht den Versicherern einen gewissen Spielraum bei der Festsetzung der Prämienermässigungen für ihre Modelle. Der Maximalrabatt resultiert aus der Multiplikation dieser Terme mit einem Teuerungsfaktor. Letzterer passt das Kostenniveau auf das für die Prämienfestsetzung relevante Folgejahr an.

Die von den Versicherern gewährten Durchschnittsrabatte für Modelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers dürfen nicht grösser sein als der berechnete Maximalrabatt. Für die Berechnung der Durchschnittsrabatte werden die Versichertenbestände der Modelle für das Folgejahr benötigt. Die Versicherer haben die Möglichkeit, die Berechnungen entweder näherungsweise mit den Versichertenbeständen aus den Kostennachweisen des letzten Jahres durchzuführen oder im Rahmen der Prämieneingabe Schätzungen ihrer durchschnittlichen Versichertenbestände für das Folgejahr einzureichen. Die Berechnungen werden dann mit Hilfe dieser detaillierteren Angaben gemäss Kapitel 4.4 durchgeführt.

Zur Bestimmung der Kosten wird auf das Behandlungsdatum abgestellt. Dazu werden nur Versicherte mit Wohnsitz in der Schweiz ohne Bonusversicherung berücksichtigt. Die Versicherten werden in Klassen mit möglichst gleichen Risiken eingeteilt. Die Klassen des Kostennachweises berücksichtigen die folgenden Faktoren:

- Modell beziehungsweise Cluster
- Tätigkeitsgebiet
- Prämienregion
- Jahr
- Franchisenebene
- Altersgruppen MC
- Geschlecht
- Spital oder Pflegeheim
- Verstorben im Geschäftsjahr.

Die Prämienregion der jeweiligen Kantone sind in der [Verordnung des EDI über die Prämienregionen](#) definiert. Die Franchisenebene unterscheidet zwischen der Franchise „TIEF“ für Franchisen von weniger als 1000 Fr. für Erwachsene und junge Erwachsene oder weniger als 300 Fr. für Kinder und der Franchise „HOCH“ für Franchisen von 1000 Fr. und mehr für Erwachsene und junge Erwachsene oder von 300 Fr. und mehr für Kinder. Die Altersgruppen MC entsprechen den Altersgruppen der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung ([VORA](#)).

Der Versicherer hat die Möglichkeit, für mehrere einzelne Modelle einen gemeinsamen Kostennachweis

¹ Eine Zusammenstellung der Literatur findet sich in Beck, «Risiko Krankenversicherung, Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt», Haupt Verlag, Bern 2013

zu erbringen. Wird ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer von mehreren Versicherern angeboten, so können sie den Nachweis gemeinsam erbringen. Entscheidend für die Wahl einer Zusammenfassung mehrerer Modelle ist, dass bei der Organisation der Modelle die gleichen kostensparenden Mechanismen vorhanden sind. Bei unterschiedlichen Tarifen für Modelle mit nicht signifikant unterschiedlichen Kosteneinsparungen kann das BAG diese Tarife und Kostennachweise zusammenfassen, um die Tarife (in der Summe) zuverlässiger zu beurteilen.

Erhält ein Versicherer keine aussagekräftigen Resultate, so sind die Annahmen, welche zur gewählten Prämienermässigung im betroffenen Modell führen, dem BAG plausibel zu begründen.

3 Datenerhebung und Frist

Die Datenerhebung wird im «[ePortal](#)» in der Applikation «ISAK Relaunch» unter der Rubrik «Prämien-genehmigung» und dem Reiter «Managed Care» durchgeführt.

In einem ersten Schritt werden die alternativen Versicherungsmodelle angezeigt, für welche ein Kostennachweis erbracht werden muss. Alternative Versicherungsmodelle, die seit mindestens 3 Jahren aber weniger als 5 Jahren angeboten werden, können zusätzlich ausgewählt werden. Zudem kann der Versicherer mehrere einzelne Modelle zu einem gemeinsamen «Cluster» zusammenfassen. Damit wird für die ausgewählten Modelle ein gemeinsamer Kostennachweis erbracht.

Nach dem Speichern der Angaben wird das auszufüllende Erhebungsformular vom System automatisch erzeugt. Der Versicherer darf keine Anpassungen an dieser Vorlage vornehmen. Es sind einzig die Werte in den leeren Spalten auszufüllen. Diese werden für die untenstehenden Berechnungen verwendet. Schliesslich gibt der Versicherer die Daten der Erhebung frei und schliesst somit die Datenerhebung ab.

Die Datenerhebung muss bis spätestens den 30. Juni abgeschlossen werden. Die Erhebung bedarf keiner zusätzlichen Unterzeichnung. Durch die Freigabe der Erhebung bestätigt der Versicherer die Korrektheit der Angaben.

Die Versicherer können die durchschnittlichen Versichertenbestände des Folgejahrs für jede Prämie einreichen, um die Prämienrabatte genauer zu berechnen (vgl. Kapitel 4.4). Die Eingabe der Versichertenbestände je Prämie wird im Kreisschreiben 5.1 beschrieben.

Technische Fragen zur Dateneingabe nimmt das BAG über die E-Mail-Adresse isak@bag.admin.ch entgegen.

4 Details zur Methodik

4.1 Definition der Durchschnittsleistungen

Für die Berechnung der Durchschnittsleistungen sowie des Pufferterms gemäss Kapitel 4.2 werden nur diejenigen Klassen berücksichtigt, welche **im Minimum je zwei Versicherte bzw. 24 Versicherungsmonate** im betrachteten Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer und in der Basisversicherung aufweisen.

Die Berechnung der Durchschnittsleistungen benötigt die folgenden Variablen:

- $k \in \{1, 2, 3, \dots, K\}$: Klasse, wobei K die Anzahl der von der Auswertung berücksichtigten Klassen

bezeichnet.

- NMC_k : Anzahl Versicherte im Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer als Summe der Versichertenmonate in Klasse k dividiert durch 12.
- LMC_k : Summe der Nettoleistungen aller Versicherten im Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer in Klasse k , d.h. $LMC_k = \sum_i LMC_{k,i}$, wobei $LMC_{k,i}$ dem Total der für den Versicherten i bezahlten Nettoleistungen für Behandlungen im betrachteten Jahr entspricht (Stand bei Einreichung der Daten).
- $NBase_k$: Anzahl Versicherte in der Basisversicherung als Summe der Versichertenmonate in Klasse k dividiert durch 12.
- $LBase_k$: Summe der Nettoleistungen aller Versicherten in der Basisversicherung in Klasse k , d.h. $LBase_k = \sum_i LBase_{k,i}$, wobei $LBase_{k,i}$ dem Total für den Versicherten i bezahlten Nettoleistungen für Behandlungen im betrachteten Jahr entspricht (Stand bei Einreichung der Daten).

Damit berechnen sich die Durchschnittsleistungen

$$A = \frac{1}{NMC} \sum_{k=1}^K \sum_{i=1}^{NMC_k} LMC_{k,i} = \frac{1}{NMC} \sum_{k=1}^K LMC_k$$

und

$$B = \frac{1}{NMC} \sum_{k=1}^K NMC_k \cdot LBase_k / NBase_k,$$

wobei

$$NMC = \sum_{k=1}^K NMC_k.$$

Die geschätzte risikobereinigte Kosteneinsparung entspricht der Differenz $B - A$.

4.2 Berechnung des Pufferterms

Die Berechnung des Pufferterms zur Berücksichtigung der statistischen Unsicherheit des Schätzers $B - A$ benötigt die folgenden Hilfsgrößen:

- QMC_k : Summe der Quadrate der Nettoleistungen aller Versicherten im Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer in Klasse k , d.h. $QMC_k = \sum_i LMC_{k,i}^2$.
- $QBase_k$: Summe der Quadrate der Nettoleistungen aller Versicherten in der Basisversicherung in Klasse k , d.h. $QBase_k = \sum_i LBase_{k,i}^2$.

Des Weiteren definieren wir die Varianzen von A und B :

$$\begin{aligned} \text{Var}(A) &= \text{Var}\left(\frac{1}{NMC} \sum_{k=1}^K \sum_{i=1}^{NMC_k} LMC_{k,i}\right) = \frac{1}{NMC^2} \sum_{k=1}^K NMC_k \cdot \text{Var}(LMC_{k,i}) \\ &= \frac{1}{NMC^2} \sum_{k=1}^K NMC_k \cdot \frac{QMC_k - LMC_k^2 / NMC_k}{NMC_k - 1} \end{aligned}$$

$$\text{Var}(B) = \frac{1}{NMC^2} \sum_{k=1}^K NMC_k \cdot \frac{QBase_k - LBase_k^2 / NBase_k}{NBase_k - 1}.$$

Damit nimmt der Pufferterm $S(A, B)$ die folgende Form an:

$$S(A, B) := 2\sqrt{\text{Var}(A) + \text{Var}(B)}.$$

4.3 Bestimmung des Maximalrabattsatzes

Sei PMC_k die Summe der Prämien (ohne Prämienverluste) aller Versicherten der Klasse k . Die Prämien berücksichtigen sämtliche gewährten Rabatte z.B. für Wahlfranchisen oder das Ruhen der Unfalldeckung, sodass

$$PA = \frac{1}{NMC} \sum_{k=1}^K PMC_k.$$

Weiter sei $PMCO_k$ die Summe der Prämien (ohne Prämienverluste) aller Versicherten in Klasse k analog der Prämie PMC_k aber ohne die Rabatte für die Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer.

Mit

$$PA0 = \frac{1}{NMC} \sum_{k=1}^K PMCO_k$$

lässt sich der (absolute) Maximalrabatt

$$R_{max} = ((B - A) + S(A, B)) \cdot \frac{PA0(FJ)}{PA0}$$

und der (relative) Maximalrabattsatz

$$R_{max,satz} = \frac{R_{max}}{PA0(FJ)} = \frac{(B - A) + S(A, B)}{PA0},$$

bestimmen.

4.4 Bestimmung des durchschnittlichen Prämienrabattsatzes

Für die Beurteilung der Prämienrabatte in den eingegebenen Tarifen werden die Durchschnittsprämie $PA0(FJ)$ und der Durchschnittsrabatt $R(FJ)$ für das Folgejahr FJ analog der Prämie $PA0$ und dem Rabatt $PA0 - PA$ der Kostennachweise geschätzt. Für die Genehmigung der Prämien des Jahres 2027 im Jahr 2026 entspricht das Vorjahr VJ dem Jahr 2025 und das Folgejahr FJ dem Jahr 2027.

Geben die Versicherer Schätzungen ihrer durchschnittlichen Versichertenbestände für das Folgejahr pro Prämie im Rahmen der Prämien genehmigung ein, werden die Prämie $PA0(FJ)$ und der Rabatt $R(FJ)$ folgendermassen berechnet:

$$PA0(FJ) = \frac{1}{NMC(FJ)} \cdot \sum_i NMC(FJ)_i \cdot PBase(FJ)_i$$

$$R(FJ) = \frac{1}{NMC(FJ)} \cdot \sum_i NMC(FJ)_i \cdot (PBase(FJ)_i - PMC(FJ)_i)$$

Dabei bezeichnet $PMC(FJ)_i$ die Prämie i der Modelle im Folgejahr und $NMC(FJ)_i$ bzw. $PBase(FJ)_i$ die dazugehörigen Versichertenbestände bzw. Basisprämien. $NMC(FJ)$ entspricht der Summe der Versichertenbestände des Modells im Folgejahr.

Ohne zusätzliche Eingaben der Bestände für das Folgejahr werden $PA0(FJ)$ und $R(FJ)$ mit Hilfe der Versichertenbestände des Vorjahrs VJ geschätzt:

$$PA0(FJ) = \frac{1}{NMC(VJ)} \cdot \sum_{k=1}^K [PA0(VJ)_k + NMC(VJ)_k \cdot \langle PBase(FJ) - PBase(VJ) \rangle_k]$$

$$R(FJ) = \frac{1}{NMC(VJ)} \cdot \sum_{k=1}^K NMC(VJ)_k \cdot \langle PBase(FJ) - PMC(FJ) \rangle_k$$

Dabei entsprechen $PA0(VJ)_k$ und $NMC(VJ)_k$ der Prämie $PA0$ und dem Versichertenbestand des Modells im Vorjahr in Klasse k . $NMC(VJ)$ bezeichnet die Summe aller Versicherten des Modells im Vorjahr. Diese Werte werden den Kostennachweisen entnommen. Die Mittelwerte $\langle PBase(FJ) - PBase(VJ) \rangle_k$ berechnen sich aus den Prämientarifen als durchschnittliche Änderungen der Basisprämien zwischen dem Vorjahr und dem Folgejahr für alle Franchisen mit und ohne Unfalleinschluss, welche von den Versicherten der Klasse k gewählt werden können. Analog dazu bezeichnet $\langle PBase(FJ) - PMC(FJ) \rangle_k$ den durchschnittlichen Prämienrabatt für die Modelle.

Daraus folgt der Prämienrabattsatz des Folgejahrs

$$R_{\text{satz}} = \frac{R(FJ)}{PA0(FJ)}$$

4.5 Einhaltung des Maximalrabattsatzes

Prämientarife sind zulässig, falls

$$R(FJ) \leq R_{\text{max}}$$

bzw.

$$R_{\text{satz}} \leq R_{\text{max,satz}}$$

eingehalten wird.

Hiermit wird das Kreisschreiben 5.3 «Besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer: Nachweis Kostenunterschiede» vom 1. Juni 2019 ersetzt.

Bundesamt für Gesundheit



Philipp Muri
Leiter Abteilung Versicherungsaufsicht



Esther Undine Schütz
Leiterin Sektion Prämien und finanzielle Risiken