



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)
Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) vom 18. November 2015

Geplantes Inkrafttreten auf den 1. Juni 2021

Änderungen und Kommentar im Wortlaut

Bern, September 2020

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
2	Bestimmungen	4
	Art. 26 Freiwilliger Abbau von Reserven	4
	Art. 30a Deutlich höhere Prämien.....	5
	Art. 30b Für den Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen massgebender Versichertenbestand	6
3	Inkrafttreten.....	6

1 Ausgangslage

Das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG; SR 832.12) sieht vor, dass die Aufsichtsbehörde die Genehmigung des Prämientarifs insbesondere dann verweigert, wenn dieser Prämien vorsieht, die unangemessen hoch über den Kosten liegen oder zu übermässigen Reserven führen (Artikel 16 Absatz 4 Buchstaben c und d KVAG). Mit dieser Bestimmung will man die Versicherer dazu zwingen, ihre Prämien so genau wie möglich zu berechnen. Bei der Festsetzung der Prämien stützen sich diese jedoch auf die Zahlen des Vorjahres, die Hochrechnungen des laufenden Jahres und die Schätzungen für das Folgejahr. Da die letzten beiden Komponenten naturgemäss gewisse Unsicherheitsfaktoren beinhalten, können die Prämien nicht exakt den tatsächlichen Kosten entsprechen. Um diesem Sachverhalt Rechnung zu tragen, hat der Gesetzgeber eine Bestimmung erlassen, die es den Versicherern erlaubt, den Versicherten die zu viel bezahlten Prämien zurückzuerstatten, wenn die Prämieinnahmen in einem Kanton in einem Jahr deutlich über den kumulierten Kosten lagen. Dieser Prämienausgleich hat grundsätzlich das Gleichgewicht zwischen Prämien und Kosten wiederherzustellen (Artikel 17 Absatz 1 und 2 KVAG). Der Bundesrat seinerseits hat in der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV; SR 832.121) einen Mechanismus eingebaut, der es den Versicherern ermöglicht, ihre Reserven freiwillig abzubauen, wenn diese übermässig zu werden drohen (Artikel 26 KVAV).

Die Prämien müssen den Kosten entsprechen. Dieser Grundsatz ist im Gesetz vorgesehen (Artikel 16 KVAG) und für die Nachvollziehbarkeit und Glaubwürdigkeit des Systems zentral. Über den Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen und den Abbau von Reserven soll der Handlungsspielraum der Versicherer begrenzt werden, sodass diese die Prämien möglichst nahe an ihren eigenen Kosten festsetzen. Diese Instrumente dürfen nur in Ausnahmefällen zum Einsatz kommen und werden von den Versicherern idealerweise selten genutzt. Macht ein Versicherer von diesen Instrumenten Gebrauch, bedeutet dies, dass seine Prämien zu hoch angesetzt wurden, weil er entweder seine Einnahmen unterschätzt oder seine Kosten überschätzt hat. Die Kostenschätzung ist eine schwierige Aufgabe. In diesem Bereich muss sich die Aufsichtsbehörde unter anderem auf die Stellungnahmen der Kantone abstützen (Artikel 16 Absatz 6 KVAG). Eine Plausibilisierung dieser Kosten ist nicht immer einfach.

Zusätzlich birgt die geltende Regelung Fehlanreize. Für die Versicherer besteht der Anreiz, eher zu hohe Prämien festzulegen, um nachher eine Rückerstattung vornehmen zu können. Es gibt auch erste Zeichen dafür, dass dieser Mechanismus auch zu kommerziellen Zwecken genutzt wird. Diese beiden Instrumente dürfen nicht für kommerzielle Zwecke eingesetzt werden. Die Versicherer sollen zum Beispiel nicht in gewissen Kantonen neue Versicherte gewinnen können, indem sie jedes Jahr Rückerstattungen für zu hohe Prämieinnahmen in Aussicht stellen. Die Absicht des Gesetzgebers war nämlich nicht, den Versicherern ein neues Marketinginstrument an die Hand zu geben, sondern eine möglichst präzise Prämienfestsetzung zu gewährleisten.

Das Parlament hat sich mit dem Thema befasst und dazu verschiedene Fragen eingereicht (Interpellation 19.3248 von Thomas Weibel Ausgleich von zu hohen Krankenkassenprämien; Frage 19.5324 von Barbara Gysi Krankenkassen erzielen gesetzwidrig Gewinne; Interpellation 19.3839 von Marco Chiesa Krankenversicherung: Öffentlich geschürte Reservenpolemik? Interpellation 19.4143 von Marco Chiesa Weshalb werden für das Tessin Krankenkassenprämien genehmigt, die über dem Schweizer Durchschnitt liegen?). Aus diesem Grund sind diese beiden Instrumente zu präzisieren.

Den Krankenkassen steht es frei, neben der sozialen Krankenversicherung auch Zusatzversicherungen anzubieten (Art. 2 Abs. 2 KVAG). Private Versicherungsunternehmen können die soziale Krankenversicherung durchführen, soweit sie im Besitz einer Bewilligung des BAG sind (Art. 3 KVAG). Gegenwärtig hat noch kein privates Versicherungsunternehmen ein Gesuch für die soziale Krankenversicherung eingereicht, verschiedene Krankenkassen führen hingegen die beiden Versicherungszweige innerhalb des gleichen Rechtsträgers. Sie unterstehen der institutionellen Aufsicht des BAG, für die Aufsicht der Krankenzusatzversicherung ist hingegen die FINMA zuständig (Art. 34 Abs. 5 KVAG). Die Vorgänge betreffend die Reserven und die versicherungstechnischen Rückstellungen der Zusatzversicherung sind somit durch die für diesen Versicherungszweig geltenden Bestimmungen geregelt, insbesondere durch

Artikel 16 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG; SR 961.01) und Artikel 54 der Aufsichtsverordnung (AVO; SR 961.011).

2 Bestimmungen

Art. 26 Freiwilliger Abbau von Reserven

Der freiwillige Abbau der Reserven stützt sich auf Artikel 16 Absatz 4 Buchstabe d KVAG (BVGE C-6445/2016).

Absatz 1

Der Versicherer kann seine Reserven abbauen, wenn diese ein gewisses Niveau erreichen. Das geltende Recht gibt allerdings keinen Aufschluss darüber, welche Bedingungen der Versicherer erfüllen muss, wenn er diesen Abbau durchführen will. Das BAG hat sie in seinem Kreisschreiben 5.1 bisher sehr zurückhaltend definiert: Der Abbau der Reserven wird genehmigt, wenn der Solvenzttest auch nach Abzug der Reserven, die abgebaut werden sollen, von den vorhandenen Reserven per 1. Januar des folgenden Jahres eine Solvenzquote von mindestens 150 Prozent ergibt. In den letzten Jahren sind die Solvenzquoten laufend angestiegen, sodass die Reserven der Versicherer insgesamt auf einem viel höheren Niveau als der gesetzlichen Mindesthöhe liegen. Damit die zu hohen Reserven zugunsten der Versicherten abgebaut werden können, wird die Möglichkeit für einen Reserveabbau vereinfacht und ein Abbau bis auf 100% zugelassen. Somit werden mehr Versicherer die Bedingungen des Reserveabbaus erfüllen, was den Anreiz für Prämienenkungen zugunsten der Versicherten erhöht. Dabei gewährleistet das BAG im Rahmen der Prüfung des Abbaugesuches, dass die Anforderungen an die Mindestreserven eingehalten werden. In diesem Bereich wird dem BAG ein grosser Spielraum zugestanden (BVGE C-6445/2016, E. 5). Beabsichtigt zum Beispiel ein Versicherer, einen grossen Reserveabbau vorzunehmen, der ein Risiko starker Schwankungen des Versichertenbestandes oder einer Insolvenz mit sich bringt, kann das BAG verfügen, dass der Reserveabbau über mehrere Jahre erfolgen muss.

Aus Gründen der Rechtssicherheit ist es wichtig, diese Definition in der Verordnung festzuhalten. Der Versicherer, der seine Reserven abbauen möchte, muss demnach darlegen, dass für seine gemäss Artikel 12 Absatz 3 geschätzten Reserven der Solvenzttest eine Solvenzquote von über 100 Prozent ergibt und damit der Mindesthöhe gemäss Artikel 11 Absatz 1 entspricht.

Absatz 2

Absatz 2 unverändert

Absatz 3

Gemäss geltendem Recht muss der Abbau der Reserven in Form eines Ausgleichsbetrags erfolgen, der den Versicherten ausgerichtet wird. In der Praxis hat das BAG den Versicherern eine weitere Möglichkeit eingeräumt: Sie können ihre Prämien für das Folgejahr knapp kalkulieren (siehe Kreisschreiben 5.1 des BAG). Dieses Verfahren ist zu bevorzugen, denn es kann die Prämien erhöhungen eindämmen und wird weniger für Marketingzwecke verwendet. Versicherer, die ihre Reserven abbauen wollen, sollen daher prioritär dieses Vorgehen wählen.

Da das BAG nur Prämien genehmigt, die die Kosten decken (Artikel 16 Absatz 4 Buchstabe b KVAG), kann der Versicherer keine Prämien vorschlagen, die gemessen an den erwarteten Kosten zu tief sind. Sind die effektiven Kosten höher als die zu erwartenden Kosten, ist die Finanzierung der Differenz durch die Reserven gewährleistet. Die «knappe» Berechnung der Prämien stellt höhere Anforderungen an die Kontrolle der Kostenplausibilität: Das Risiko der zu erwartenden Kostenüberschreitung muss angemessen sein.

Um die Gleichbehandlung aller Versicherten zu gewährleisten, muss das Verhältnis zwischen Prämien und erwarteten Kosten im gesamten örtlichen Tätigkeitsbereich des Versicherers gleich sein.

Absatz 4

Schlägt der Versicherer nach der knappen Kalkulation seiner Prämien für das Folgejahr Prämientarife vor, die die Bedingungen von Artikel 16 Absatz 4 KVAG nicht erfüllen, insbesondere weil sie zu übermässigen Reserven führen, kann er den Versicherten einen Ausgleichsbetrag ausrichten. Ein Ausgleichsbetrag kann somit erst gewährt werden, nachdem der Versicherer seine Reserven gemäss dem in Absatz 3 beschriebenen Verfahren reduziert hat. Im Übrigen entspricht die Bestimmung dem zweiten Satz im bisherigen Absatz 3.

Absatz 5

Dieser Absatz entspricht dem bisherigen Absatz 4. Er betrifft lediglich den Ausgleichsbetrag, der den Versicherten gemäss Absatz 4 ausgerichtet wird.

Art. 30a Deutlich höhere Prämien

Absatz 1

Lagen die Prämieinnahmen in einem Kanton deutlich über den kumulierten Kosten, kann der Versicherer im betreffenden Kanton einen Prämienausgleich machen (Artikel 17 Absatz 1 KVAG). Das geltende Recht erläutert jedoch nicht, wann diese Bedingung erfüllt ist. Mit dem neuen Artikel 30a Absatz 1 KVAV soll definiert werden, wann die Prämieinnahmen deutlich über den kumulierten Kosten liegen.

Das BAG stützt sich zur Prüfung der Kostendeckung auf die Combined Ratio. Diese entspricht dem Verhältnis zwischen den Kosten und den Prämieinnahmen des Versicherers (die Kosten werden durch die Prämieinnahmen geteilt). Da der Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen im jeweiligen Kanton erfolgt, ist die kantonale Combined Ratio massgebend. Eine Combined Ratio von über 100 Prozent bedeutet, dass der Versicherer in einem bestimmten Kanton in einem Geschäftsjahr ein Defizit erwirtschaftet hat (d. h. seine Kosten überstiegen die Prämieinnahmen). Liegt die Combined Ratio hingegen bei unter 100 Prozent, so wurde das Jahr mit Gewinn abgeschlossen. Ist dies der Fall, muss das BAG prüfen, ob der Versicherer, der einen entsprechenden Antrag stellt, auch in der Lage ist, im betreffenden Kanton einen Prämienausgleich vorzunehmen. Dazu wird die erwartete Combined Ratio mit der effektiven Combined Ratio verglichen. Der Unterschied zwischen diesen beiden Ratios muss einen bestimmten Wert (die Standardabweichung) überschreiten, damit davon ausgegangen werden kann, dass die Prämieinnahmen deutlich über den kumulierten Kosten liegen.

Absatz 2

Die Standardabweichung hängt von der individuellen Situation eines Versicherers in den verschiedenen Kantonen ab. Sie wird für jeden Versicherer und Kanton (basierend auf dem Versichertenbestand, den Leistungen und dem Risikoausgleich) geschätzt. In der Standardabweichung werden auch Zufallsschwankungen mit einberechnet, die aber für den Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen nicht berücksichtigt werden dürfen. Ist der erzielte Gewinn eines Versicherers also solchen Zufallsschwankungen zuzuschreiben, so kann dieser keinen Ausgleich vornehmen. Ein Jahr können diese Zufallsschwankungen zu einem Gewinn, ein Jahr zu einem Verlust führen. Über die Jahre sollten diese Abweichungen ausgeglichen werden. Sollten sich unerwarteterweise Zufallsschwankungen über mehrere Jahre kumulieren und zu einem positiven Ergebnis führen, kann der Versicherer die Prämien knapp kalkulieren. Die Formel der Standardabweichung ist im Anhang aufgeführt.

Um die Transparenz zu gewährleisten, wird das BAG auf seiner Website publizieren, wie es die verschiedenen Kriterien anwendet. Es wird die für eine konkrete Situation anwendbare Standardabweichung im Rahmen der Genehmigung des Ausgleichs der zu viel eingekommenen Prämien festlegen.

Art. 30b Für den Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen massgebender Versichertenbestand

Es muss ein kantonaler minimaler Versichertenbestand festgelegt werden, unter dem der Versicherer keinen Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen machen kann. Ist ein Bestand sehr klein, namentlich bei weniger als 300 Versicherten (Artikel 91 Absatz 1 der Verordnung über die Krankenversicherung; KVV, SR 832.102), muss der Versicherer die kantonalen Kosten nicht berücksichtigen. Bei einem solchen Versichertenbestand haben Zufallsschwankungen beträchtliche Auswirkungen und üben einen entscheidenden Einfluss auf das Kostenniveau aus.

3 Inkrafttreten

Diese Änderung tritt am 1. Juni 2021 in Kraft. Sie gilt somit erstmals für den genehmigten Reserveabbau im Rahmen der Prämien genehmigung für 2022 (erfolgt im Herbst 2021) und für den Ausgleich der im Jahr 2021 erzielten zu hohen Prämieinnahmen, der 2022 genehmigt wird.