



CH-3003 Bern
BAG

An die KVG-Versicherer
und ihre Rückversicherer

Kreisschreiben Nr.:	5.1
Inkrafttreten:	1. Juni 2018

Referenz/Aktenzeichen:
Unser Zeichen: PHE
Sachbearbeiter/in: IRE
Bern, 11. April 2018

Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung

1. Vorwort

In diesem Kreisschreiben werden allgemeine Fragen zu den Prämien der sozialen Krankenversicherung geregelt.

Dieses Kreisschreiben 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.

Gemäss Art. 16 Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG) bedürfen die Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde, das BAG. Sie dürfen vor ihrer Genehmigung weder veröffentlicht noch angewendet werden.

Gemäss Art. 27 Abs. 1 der Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAV) reichen die Versicherer die Prämientarife der OKP sowie deren Änderungen der Aufsichtsbehörde spätestens fünf Monate, bevor sie zur Anwendung gelangen, zur Genehmigung ein. 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 (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.

Änderungen:

- Entlastung Risikoausgleich junge Erwachsene (siehe Ziffer 3.1.2, „Altersabhängige Prämienermässigung“).
- Übernahme von rund der Hälfte der Kosten von stationären Behandlungen in der Schweiz der EU-Versicherten durch die Kantone (siehe Ziffer 2.3, „Besonderheiten der OKP-EU“)
- Vereinfachung unterjähriger Solvenzttest (siehe Ziffer 5, „Unterjähriger Solvenzttest“)
- Verzicht auf die Publikation der HMO-Standorte durch das BAG (siehe Ziffer 7, „Einzureichende Unterlagen“)

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 Ergebnisrechnungen der 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).

Bei zu tiefen Reserven muss ein Reserveaufbau über die Prämien erfolgen.

Die Solvenz der Versicherer wird anhand des KVG-Solvenztests geprüft. Im KVG-Solvenzttest werden die Mindestreserven und die vorhandenen Reserven der Krankenversicherer zu Beginn des laufenden Jahres ermittelt. Bei der Prämien genehmigung wird die Schätzung der erwarteten Reservebestände per 1. Januar 2019 und die erwartete Prognose der Mindesthöhe der Reserven 2019 vom BAG mit den übermittelten Daten der Prämien genehmigung berechnet (vgl. Art. 14 KVAG, Art. 12 Abs. 3 KVAV sowie

Ziffer 5 unterjähriger Solvenzttest), während die Varianten weiterhin von den Versicherern eingereicht werden.

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. Das BAG stützt sich zur Prüfung der Kostendeckung auf die Combined Ratio, die wie folgt berechnet wird:

$$\text{Combined Ratio} = \left| \frac{\text{Versicherungsaufwand } k}{\text{Versicherungsertrag } k} + \frac{\text{Betriebsaufwand } CH}{\text{Versicherungsertrag } CH} \right|$$

Dabei bezeichnet:

- Versicherungsaufwand k den kantonalen Wert von „Schaden- und Leistungsaufwand für eigene Rechnung“ (→ Kontengruppe 4 kantonal),
- 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. Bei der Berechnung der Combined Ratio wird zusätzlich noch die Schweizer Cost Ratio des Versicherers berücksichtigt.

Nicht kostendeckende oder unangemessen hohe Prämien werden vom BAG nicht genehmigt. Das BAG berücksichtigt bei der Prüfung der Kostendeckung die vom Versicherer geschätzten Kapitalerträge, die der OKP Schweiz zugewiesen werden (vgl. Ziffer 2.1). 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. Mit der Festlegung der kantonalen Prämien muss eine Angleichung der kantonalen Combined Ratios angestrebt werden, so dass die Kantone gleichmässig zum Ergebnis beitragen.

- 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 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 2018, 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.
- **Rückstellungen:** Für die Deckung der Kosten von bereits durchgeführten, aber noch nicht abgerechneten Behandlungen müssen gemäss Art. 13 KVAG versicherungstechnische Rückstellungen gebildet werden. Dazu zählen auch die Kosten, die beim Versicherer zur Bearbeitung der Rechnungen anfallen werden. Massgebend ist der individuelle Bedarf jedes Versicherers in den Kantonen seines Tätigkeitsgebietes nach einer bestmöglichen Schätzung (= best estimate).
Hinweis: Das BAG stützt sich zur Beurteilung der Rückstellungen auf die folgende Rückstellungsquote:

$$r_t^* = \frac{R_{31.12.t}}{L_{t|t} + R_{31.12.t}}$$

Dabei bezeichnet $R_{31.12.t}$ 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).

- Gemäss Änderung des KVG vom 17. März 2017 werden die Versicherer beim Risikoausgleich für junge Erwachsene ab 2019 entlastet (Art. 16a Abs. 1 rev. KVG). Der Bundesrat hat am 11. April 2018 beschlossen, diese KVG-Änderung auf den 1. Januar 2019 in Kraft zu setzen. Die Entlastung wird gleichmässig über eine Erhöhung der Risikoabgaben und über eine Senkung der Ausgleichsbeiträge der Erwachsenen finanziert. Diese Änderungen müssen in der Schätzung des Risikoausgleichs und entsprechend der Kosten für das gesamte Kollektiv berücksichtigt werden. Es steht den Versicherern aber frei, inwieweit sie die Entlastung im Risikoausgleich bei den Prämien der Jugendlichen berücksichtigen bzw. inwieweit sie die zusätzliche Belastung der Erwachsenen an diese weitergeben. Des Weiteren ist es möglich die Rabatte für die Jugendlichen jedes Jahr anzupassen (beispielsweise sukzessive zu erhöhen). Die Kantone müssen gemäss dem Willen des Parlamentes die individuelle Prämienverbilligung für Kinder von unteren und mittleren Einkommen auf 80% erhöhen. Sie haben dafür eine Übergangsfrist von zwei Jahren. (siehe Punkt 3.1.2 altersabhängige Prämienermässigung).

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 geschätzten Kapitalerträge, die der OKP EU zugewiesen werden, berücksichtigt werden dürfen (vgl. Ziffer 2.1).

- Gestützt auf die Änderung des KVG vom 30. September 2016 werden die Kantone ab dem 1. Januar 2019 verpflichtet, bei Spitalbehandlungen in der Schweiz von den EU-Versicherten (Grenzgängerinnen und Grenzgänger sowie deren Familienangehörige, Familienangehörige von Niedergelassenen, von Aufenthaltserinnen und Aufenthaltsern und von Kurzaufenthalterinnen und Kurzaufenthaltern, Bezügerinnen und Bezüger einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörigen und Rentnerinnen und Rentnern und ihre Familienangehörigen), die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und in der Schweiz versichert sind, mindestens 55 Prozent der Kosten zu übernehmen (Art. 41 Abs. 2bis und 2ter, 49a Abs. 2 Bst. b, 2bis und 3bis KVG), wie bei den Versicherten, die in der Schweiz wohnen. Dies führt zu Kostensenkungen bei den Versicherern, die bei der Festlegung der EU-Prämien berücksichtigt werden müssen.
- 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 Behandlungen 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. Falls die Prämien nach dem Eintrittsalter abgestuft werden, ist die Bildung von Alterungsrückstellungen vorzusehen.
- Kostendeckung: Die Prämien müssen kostendeckend sein, wobei die vom Versicherer geschätzten Kapitalerträge, die der freiwilligen Taggeldversicherung (Einzelversicherung) 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 Unfaldeckung 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/Art. 16a rev, KVG

Gemäss Art. 61 Abs. 3 KVG müssen die Versicherer für Versicherte bis zum vollendeten 18. Altersjahr (Kinder) eine tiefere Prämie festsetzen als für ältere Versicherte (Erwachsene). Die Versicherer sind nicht berechtigt, Kinder von der Bezahlung der Prämien vollständig zu befreien¹. Es steht den Versicherern frei, die besondere Situation von kinderreichen Familien zu berücksichtigen und beispielsweise ab dem dritten Kind einen zusätzlichen Rabatt zu gewähren. Das Parlament hat Artikel 61 Absatz 3 KVG am 17. März 2017 geändert. Der Bundesrat hat am 11. April 2018 beschlossen, diese Änderung auf den 1. Januar 2019 in Kraft zu setzen. Neu müssen die Versicherer auch für junge Erwachsene eine tiefere Prämie festsetzen als für erwachsene Versicherte. Es steht den Versicherern aber frei, inwieweit

¹ Vgl. Entscheid des Bundesrates vom 22. Oktober 1997, in RKUV 6/1997, S. 399 ff.

sie die Entlastung im Risikoausgleich bei den Prämien der Jugendlichen berücksichtigen bzw. inwieweit sie die zusätzliche Belastung der Erwachsenen an diese weitergeben. Des Weiteren ist es möglich die Rabatte für die Jugendlichen jedes Jahr anzupassen (beispielsweise sukzessive zu erhöhen). Dabei muss die Prämie für Kinder tiefer sein als diejenige für junge Erwachsene. Die Kantone müssen gemäss dem Willen des Parlamentes die individuelle Prämienverbilligung für Kinder von unteren und mittleren Einkommen auf 80% erhöhen. Sie haben dafür eine Übergangsfrist von zwei Jahren.

Gemäss Änderung KVG vom 17. März 2017 (Verabschiedung vom 11. April 2018) werden die Versicherer beim Risikoausgleich für junge Erwachsene ab 2019 entlastet (Art. 16a Abs. 1 rev. KVG). Die Risikoausgleichszahlungen werden für die jungen Erwachsenen um 50 Prozent reduziert (Art. 16a Abs. 2 rev. KVG). Die Entlastung wird gleichmässig über eine Erhöhung der Risikoabgaben und über eine Senkung der Ausgleichsbeiträge der Erwachsenen finanziert. In der Verordnung über den Risikoausgleich (VORA) wurde die Berechnungsformel für den Risikoausgleich angepasst.

Technische Erläuterungen:

- Die altersabhängigen Ermässigungen können von Kanton zu Kanton unterschiedlich festgesetzt werden.
- Werden Prämien für „weitere“ Kinder angeboten, sind diese tiefer anzusetzen als die „normalen“ Kinderprämien.

Alle jungen Erwachsenen werden entlastet, d.h. sowohl diejenigen in den vier Risikoausgleichsklassen pro Kanton mit tiefen Medikamentenkosten, als auch in den beiden Risikoausgleichsklassen mit hohen Medikamentenkosten (Bruttoleistungen für Medikamente über 5000 Fr.) im Vorjahr. Die in den folgenden Berechnungen verwendeten Versichertenbestände stammen alle aus dem Ausgleichsjahr und die Durchschnittskosten $D_{k,r}$ aus dem Vorjahr:

$$ra_{k,r}(JE)_{neu} = ra_{k,r}(JE)_{alt} - 0.5 * RA_k(JE) / N_k(JE) \quad \text{für alle Klassen r mit jungen Erwachsenen}$$

$$ra_{k,r}(E)_{neu} = ra_{k,r}(E)_{alt} + 0.5 * RA_k(JE) / N_k(E) \quad \text{für alle Klassen r mit Erwachsenen}$$

mit

$$RA_k(JE) = \min \left(\sum_{r \in J} N_{k,r}(JE) \cdot \left(D_{k,r} - \frac{1}{N_k} \cdot \sum_{r'} N_{k,r'} \cdot D_{k,r'} \right), 0 \right)$$

$ra_{k,r}(JE)_{alt/neu}$	Risikoausgleich pro Kopf für junge Erwachsene im Kanton k im alten bzw. im neuen System mit Entlastung der jungen Erwachsenen
$ra_{k,r}(E)_{alt/neu}$	Risikoausgleich pro Kopf für Erwachsene im Kanton k im alten bzw. im neuen System mit Entlastung der jungen Erwachsenen
$RA_k(JE)$	Risikoausgleichsvolumen für junge Erwachsene im Kanton k im alten System
$D_{k,r}$	Durchschnittskosten der Risikoklasse r im Kanton k im Vorjahr
$N_{k,r}$	Anzahl Versicherte in der Risikoklasse r im Kanton k im Ausgleichsjahr
N_k	Anzahl Versicherte im Kanton k im Ausgleichsjahr
$N_{k,r}(JE)$	Anzahl der jungen Erwachsenen in der Risikoklasse r im Kanton k im Ausgleichsjahr
$N_k(JE)$	Anzahl der jungen Erwachsenen im Kanton k im Ausgleichsjahr
$N_k(E)$	Anzahl der Erwachsenen im Kanton k im Ausgleichsjahr
J	6 Risikoklassen mit jungen Erwachsenen pro Kanton, d.h. vier Risikoklassen für Versicherte mit tiefen und zwei Risikoklassen für Versicherte mit hohen Medikamentenkosten im Vorjahr.

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 13. März 2015.

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.²

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.

² 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 Unfalldeckung

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 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 Prämie³ 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.

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.

³ 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. 4 KVAV).
- Gemäss Art. 16 Abs. 1 KVAG dürfen die Prämientarife für die OKP und die freiwillige Einzeltaggeldversicherung vor ihrer Genehmigung weder veröffentlicht noch angewendet werden. Veröffentlicht

der Versicherer den genehmigten Prämientarif, so muss er die Prämien für alle von ihm durchgeführten Versicherungsformen veröffentlichen (vgl. Art. 28 KVAV). Artikel 28 KVAV ist sinngemäss auch auf die Prämien der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung anwendbar (vgl. Art. 29 KVAV).

5. Unterjähriger Solvenztest

Art. 14 KVAG / Art. 12 Abs. 3 KVAV

Die KVAV sieht vor, dass die Versicherer mit der Prämieeingabe eine Solvenzschatzung für das Jahr 2019 vornehmen. Die so ermittelte erwartete provisorische Solvenzquote dient der Prüfung der Solvenz der Versicherer und hat einen Einfluss auf die Prämien genehmigung. Neu wird das BAG diese Solvenzschatzung anhand der Daten der Prämieeingabe selber berechnen. Die Varianten des Formulars unterjähriger Solvenztest sind insbesondere für die Prüfung des Abbauplans für einen allfälligen freiwilligen Reserveabbau von Bedeutung. Deshalb haben nur die Versicherer, welche die OKP anbieten und Reserven abbauen möchten, das Formular „Unterjähriger Solvenztest“ auszufüllen und dem BAG einzureichen.

Das BAG stützt sich zur aktualisierten Solvenzberechnung auf folgende vereinfachende Schätzung der Mindesthöhe der Reserven 2019 (entspricht der Berechnungsweise des Formulars „unterjähriger Solvenztest“):

Mindesthöhe der Reserven:

$$M(2019) = N(2019) \frac{M(2018) + E_{ST}(2018)}{N(2018)} - E_{PG}(2019)$$

Dabei bezeichnet:

M(2019) eine Schätzung der Mindesthöhe der Reserven 2019

M(2018) die Mindesthöhe der Reserven gemäss KVG-Solvenztest 2018

E_{ST}(2018) das Betriebsergebnis KVG für das Jahr 2018, wie es im KVG-Solvenztest 2018 geschätzt wurde.

E_{PG}(2019) das erwartete Betriebsergebnis KVG für das Jahr 2019 aus der Prämien genehmigung

N(2018) und N(2019) die erwarteten Durchschnittsbestände der Jahre 2018 und 2019 aus der Hochrechnung und dem Budget der Prämien genehmigung der OKP CH und OKP EU, jedoch ohne Taggeld

Vorhandene Reserven:

$$R(2019) = R(2018) + E_{PG}(2018)$$

Dabei bezeichnet:

R(2019) eine Schätzung der vorhandenen Reserven 2019 per 1. Januar 2019

R(2018) die vorhandenen Reserven gemäss KVG-Solvenztest 2018

E_{PG}(2018) das erwartete Betriebsergebnis KVG für das Jahr 2018 aus der Prämien genehmigung

$$\text{Provisorische Solvenzquote (2019)} = (R(2019))/(M(2019))$$

Bei reinen Taggeldversicherern verzichtet das BAG auf die systematische Berechnung der provisorischen Solvenzquoten. Möchte ein reiner Taggeldversicherer jedoch seine Reserven abbauen, dann muss er ebenfalls eine Berechnung der provisorischen Solvenzquote 2019 vornehmen. Da das im For-

mular „Unterjähriger Solvenztest“ verwendete Verfahren für reine Taggeldversicherer nur bedingt anwendbar ist, müssen solche Versicherer im Template für den KVG-Solvenztest die drei unten beschriebenen Varianten rechnen und dem BAG zustellen.

Mit dem Formular „Unterjähriger Solvenztest“ werden Schätzungen über den Stand der Reserven per 1. Januar 2019 sowie Prognosen zur Mindesthöhe der Reserven 2019 ermittelt. Es sind jeweils drei Varianten anzugeben, die erwartete, eine optimistische und eine pessimistische Variante. Für die optimistische und die pessimistische Variante können die Extremwerte der Vergangenheit (z.B. letzte zehn Jahre) verwendet werden. Die Varianten müssen in etwa die gleichen Abweichungen nach oben und unten aufweisen. Die Variation des Betriebsergebnisses 2019 muss grösser sein als die Variation des Betriebsergebnisses 2018, da die Unsicherheit bezüglich Ergebnis 2019 grösser ist. Die der optimistischen und der pessimistischen Variante zugrunde liegenden Annahmen sind zu begründen.

Das Formular und die Schätzungen, die verlangt werden, werden in der Benutzeranleitung für die Versicherer betreffend Prämieeingabe in ISAK detailliert beschrieben.

Das Formular „Unterjähriger Solvenztest“ wird als Ad hoc-Erhebung in ISAK zur Verfügung gestellt und muss auch über die entsprechende Erhebung an das BAG übermittelt werden.

Versicherer, für welche die beschriebene vereinfachte Methode nicht adäquat ist, haben die Möglichkeit, mit der Prämieeingabe drei Varianten eines vollständigen Solvenztests (Stichtag 1. Januar 2019) zu berechnen und einzureichen.

6. Freiwilliger Abbau von übermässigen Reserven

Art. 26 KVAV

Gemäss Art. 26 KVAV können die Versicherer freiwillig Reserven abbauen, wenn diese übermässig zu werden drohen. Der Abbau der Reserven erfolgt über einen Ausgleichsbetrag, der den Versicherten ausgerichtet wird. Der festgelegte Betrag muss nach einem angemessenen, vom Versicherer bestimmten Schlüssel auf die Versicherten im örtlichen Tätigkeitsbereich verteilt werden.

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

- Angaben zur Höhe des geplanten Reserveabbaus nach Kalenderjahren,
- Angaben zur Höhe der Ausgleichsbeträge, die den Versicherten in den Folgejahren ausgerichtet werden sollen,
- Angaben zur 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. Es genehmigt den Abbau, wenn die Varianten im unterjährigen Solvenztest auch nach Abzug der Reserven, die abgebaut werden sollen, von den vorhandenen Reserven per 1. Januar 2019 eine Solvenzquote von mindestens 150 Prozent ergeben.

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 2018 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 2019 angebotenen Prämien die kantonalen Ergebnisrechnungen resp. die Ergebnisrechnungen pro Land für zwei Jahre (Hochrechnung 2018 und Prognose 2019) und detaillierte Bestandeszahlen (Durchschnittsbestände) für drei Jahre zu liefern (Ist-Werte 2017, Hochrechnung 2018 und Prognose 2019).

Die Erhebungsdateien erfahren im Vergleich zum Vorjahr die folgende Anpassung:

Die Standorte der HMO's werden in Zukunft vom BAG nicht mehr publiziert und müssen daher von den Versicherern nicht mehr in ISAK eingetragen werden.

Im Modul Ad hoc-Erhebung in ISAK werden folgende Erhebungen mit Bezug zur Prämien genehmigung bereitstehen:

- Prämien TG 2019: 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 2018: Kostennachweis für die Prämien ermässigungen 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 2018: 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 Solvenztest 2018: Mit der Prämieingabe haben nur die OKP-Versicherer und die reinen Taggeldversicherer, die Reserven abbauen möchten, dem BAG einen unterjährigen Solvenztest 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.

Eine aktualisierte Version der Benutzeranleitung für die Versicherer betreffend Prämieeingabe in ISAK ist ab Ende Juni 2018 in ISAK unter Hilfe / Allgemeine Hilfe / Prämiegenehmigung abgelegt.

Die Versicherer werden per E-Mail informiert, sobald die Erhebungen in ISAK für die Datenerfassung bereit stehen.

Hiermit wird das Kreisschreiben 5.1 „Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung“ vom 12. April 2017 ersetzt.

Leiter Direktionsbereich Kranken-
und Unfallversicherung



Thomas Christen
Vizedirektor
Mitglied der Geschäftsleitung

Abteilung Versicherungsaufsicht
Die Leiterin



Helga Portmann

Anhang:

- Minimalbeträge 2019

Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Minimalbeträge für die Prämien 2019 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	430.20				399.35				102.32			
AI	354.03				322.65				83.48			
AR	403.18				369.54				94.42			
BE		528.19	471.19	441.82		498.50	444.18	414.13		124.17	110.31	102.91
BL		522.27	484.20			485.77	449.99			125.14	114.99	
BS	591.80				556.10				142.09			
FR		467.17	423.07			437.74	394.33			109.92	99.04	
GE	583.34				548.92				137.61			
GL	405.32				378.88				91.05			
GR		418.94	388.76	368.97		388.38	359.97	344.58		100.13	93.53	88.34
JU	511.59				479.72				115.48			
LU		439.06	403.80	387.44		409.99	377.43	362.14		103.19	94.69	91.26
NE	510.67				486.24				116.97			
NW	367.79				341.14				87.43			
OW	384.60				360.43				91.42			
SG		451.06	417.79	401.82		413.59	384.82	367.96		106.12	97.33	93.80
SH		461.28	427.26			430.00	396.35			108.08	98.97	
SO	458.43				427.69				107.78			
SZ	400.87				369.54				94.61			
TG	413.60				381.55				99.54			
TI		498.90	472.81			455.86	433.60			115.06	110.06	
UR	375.94				351.11				89.03			
VD		533.38	511.82			506.36	484.97			131.86	124.10	
VS		433.07	379.65			407.08	343.92			101.39	87.34	
ZG	384.37				355.43				91.68			
ZH		505.45	454.65	424.00		472.06	420.10	390.97		123.70	110.01	102.31

Grundlage der Minimalbeträge für das Jahr 2019: regionale Durchschnittsprämien 2018.