



Faktenblatt

Datum:

16. Juni 2014

Abstimmung über die Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse»

Aktuelle Situation

Krankenversicherer

Gegenwärtig führen 61 Krankenversicherer die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) durch. Sie dürfen ihre Mittel nur zu den Zwecken der sozialen Krankenversicherung verwenden und keinen Gewinn ausschütten. Die Krankenversicherer betreiben die soziale Krankenversicherung. Diese umfasst die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) und die freiwillige Taggeldversicherung. Die Grundversicherung gewährt Leistungen bei Krankheit, Mutterschaft und Unfall, wenn die versicherte Person über keine andere Unfallversicherung verfügt. Alle Krankenversicherer übernehmen den gleichen Leistungsumfang. Die Krankenversicherer ziehen die Prämien ein und vergüten Leistungen wie beispielsweise medizinische Behandlungen und Arzneimittel. Zudem nehmen sie Rechnungskontrollen vor und prüfen, ob die Versicherten auch tatsächlich Anspruch auf die in Rechnung gestellten Leistungen haben. Eine ungerechtfertigte Abrechnung zulasten der sozialen Krankenversicherung soll dadurch vermieden werden. Sechs weitere Versicherer bieten nur die freiwillige Taggeldversicherung an.

Versichertenbestand

Der Versichertenbestand ist je nach Krankenversicherer sehr unterschiedlich. Die kleinsten Versicherer versichern nur wenige hundert Personen, der grösste hingegen zählt über 850'000 Versicherte.

Mitarbeiterzahl

Die Krankenversicherer beschäftigten im Jahr 2012 in der Schweiz 12'491 Personen (dies entspricht 10'294 Vollzeitstellen) in den Bereichen obligatorische Krankenpflegeversicherung und Zusatzversicherungen.

Rechtsform der Krankenversicherer

Die Krankenversicherer können in den folgenden Rechtsformen organisiert sein:

- Verein
- Stiftung
- Genossenschaft
- Aktiengesellschaft mit anderen als wirtschaftlichen Zwecken

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Kommunikation und Kampagnen, Sektion Kommunikation, media@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch

Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer und italienischer Sprache.

Angebot Grund- und Zusatzversicherungen

Die soziale Krankenversicherung (OKP und freiwillige Taggeldversicherung) kann durch Krankenkassen oder private Versicherungsunternehmen nach Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) betrieben werden. Sie müssen über eine Bewilligung des EDI verfügen. Es betreiben jedoch nur Krankenkassen die soziale Krankenversicherung. Es steht den Krankenkassen aber frei, neben der sozialen Krankenversicherung auch Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) anzubieten. Aktuell bietet knapp ein Viertel der OKP-Versicherer die Zusatzversicherung in derselben rechtlichen Einheit an. Es gibt aber auch Versicherergruppen, in denen Gesellschaften zusammengeschlossen sind, welche die OKP betreiben, und solche, welche die Zusatzversicherungen anbieten.

Besondere Versicherungsformen

Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung können die Versicherer besondere Versicherungsformen anbieten, die den Versicherten die Möglichkeit bieten, unter bestimmten Voraussetzungen Prämienrabatte zu erhalten. Die folgenden besonderen Versicherungsformen sind möglich:

- Versicherung mit Franchise
- Bonus-Versicherung
- Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer

2012 waren 57% der Schweizer Bevölkerung in einem Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer versichert.

Prämien

Der Versicherer legt die Höhe der von den Versicherten zu bezahlenden Prämien fest. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) genehmigt die ihm von den Versicherern unterbreiteten Prämientarife. Der Versicherer kann die Prämien nach ausgewiesenen Kostenunterschieden kantonale und regional abstufen (maximal 3 Prämienregionen). Das BAG genehmigt nur Prämien, die die prognostizierten Kosten decken. Es prüft die Plausibilität der Kostenprognosen der Versicherer. Die Versicherer müssen für Kinder (bis zum vollendeten 18. Altersjahr) reduzierte Prämien anbieten. Für junge Erwachsene (vom 19. bis zum vollendeten 25. Altersjahr) können sie tiefere Prämien anbieten. Das BAG kann sich heute nicht weigern, über den Kosten liegende Prämien zu genehmigen. Es kann nur dann eine Anpassung verlangen, wenn die Prämien zu tief sind. Mit dem neuen Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetz (KAVG), das sich zurzeit in parlamentarischer Beratung befindet, soll eine Gesetzesgrundlage geschaffen werden, damit das BAG auch bei zu hohen Prämien intervenieren und eine Senkung verlangen kann. Im Übrigen sind die Voraussetzungen, die eine Prämie zu ihrer Genehmigung erfüllen muss, im Gesetz ausdrücklich geregelt und damit für alle transparent.

Wechsel des Versicherers

Die Versicherten können ihren Krankenversicherer jedes Jahr wechseln. Jeder Krankenversicherer ist verpflichtet, alle neuen Versicherten aufzunehmen, ungeachtet ihres Gesundheitszustands und ungeachtet der Tatsache, ob sie eine oder mehrere Zusatzversicherungen bei ihm abgeschlossen haben. Jedes Jahr wechseln durchschnittlich 6 bis 12% der Versicherten ihren Versicherer.

Kostenbeteiligung

Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Ihre Beteiligung umfasst eine Franchise von 300 Franken und einen Selbstbehalt von 10% der die Franchise übersteigenden Kosten. Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts beläuft sich auf 700 Franken. Kinder bezahlen keine Franchise, der Selbstbehalt beträgt maximal 350 Franken. Im Übrigen wird für Erwachsene ein täglicher Beitrag an die Kosten eines Spitalaufenthalts von 15 Franken verlangt.

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Kommunikation und Kampagnen, Sektion Kommunikation, media@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch

Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer und italienischer Sprache.

Prämienreduktion

Die Kantone richten den Versicherten, die in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, Prämienverbilligungen aus. Sie bezahlen die entsprechenden Beträge direkt an die Versicherer, bei denen diese Personen versichert sind. Sie legen den Kreis der Begünstigten und die Anspruchsvoraussetzungen unter Berücksichtigung der aktuellsten Einkommens- und Familienverhältnisse fest. Der Bund gewährt den Kantonen einen Beitrag zur Verbilligung der Prämien für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Der Bundesbeitrag entspricht 7,5% der Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Risikoausgleich

Um die Unterschiede bei den Risikobeständen zwischen den Versicherten zu beschränken, wurde bei der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes ein System für den Risikoausgleich vorgesehen. Ursprünglich beruhte der Risikoausgleich auf den beiden Kriterien Alter und Geschlecht. Zusätzlich wird seit 2012 auch ein Spital- oder Pflegeheimaufenthalt von mehr als drei aufeinanderfolgenden Nächten für die Ermittlung eines höheren Krankheitsrisikos berücksichtigt. Der Risikoausgleich ist nun im Gesetz verankert; er muss aber noch verbessert werden. Der Bundesrat will diese Kriterien noch erweitern und neue Morbiditätsindikatoren, wie beispielsweise pharmazeutische Informationen aus dem ambulanten Bereich, auf Verordnungsstufe festlegen. Die notwendigen Gesetzesänderungen wurden 2014 beschlossen.

Kosten für die Werbung und für die Vermittlertätigkeit

2012 gaben die Krankenversicherer rund 56 Millionen Franken für Werbung aus. Die Kosten für die Provisionen (Vermittlertätigkeit) beliefen sich auf 32 Millionen Franken. Insgesamt betragen die Verwaltungskosten rund 1,3 Milliarden Franken. Das sind etwa 5% der Gesamtausgaben der Krankenversicherer. Die gesamten Ausgaben im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung betragen im Jahr 2012 24,1 Milliarden Franken.

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Kommunikation und Kampagnen, Sektion Kommunikation, media@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch

Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer und italienischer Sprache.