



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**  
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

# Das Krankenversicherungssystem in der Schweiz



Deutsch-französisch-schweizerische Konferenz, Baden-Baden, 6. Oktober 2016

Patricia Mäder, Leiterin Sektion Rechtliche Aufsicht Krankenversicherung



# Inhaltsverzeichnis

1. Gesetzliche Grundlagen
2. Versicherungspflicht
3. Krankenversicherer
4. Finanzierung (Prämien, Risikoausgleich, Prämienverbilligung, Kostenbeteiligung, besondere Versicherungsformen)
5. Leistungen und Vergütung (Leistungserbringer, Tarife und Preise, Vergütungssysteme)



# 1. Wesentliche gesetzliche Grundlagen

- **Bundesverfassung: Artikel 117**

„Der Bund erlässt Vorschriften über die Kranken- und Unfallversicherung. Er kann den Beitritt allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären“.

- **Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)**

In Kraft seit 01.01.1996

- **Bundesgesetz vom 26. September 2014 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG)**

In Kraft seit 01.01.2016

- **Verordnungen** Bundesrat, Departement, Amt



## Wichtige Eckwerte des KVG

- **Obligatorische** Krankenpflegeversicherung (OKP)  
«Grundversicherung»
- **Solidarität**  
Prämiengleichheit für alle je Versicherer und Region  
(Mann/Frau, gesund/krank, jung/alt; Art. 61 Abs. 1 KVG)
- **Keine Vorbehalte**  
(kein Deckungsausschluss für bestehende Krankheiten bei Aufnahme)
- **Freizügigkeit**  
(Versicherungswechsel möglich, unabhängig von Alter und Gesundheitszustand; Art. 7 KVG)
- Umfassende und **gleiche Leistungen** für alle



## 2. Versicherungspflicht

### **Umfassendes Wohnsitzobligatorium** (Art. 3 Abs. 1 KVG)

→ jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich obligatorisch Krankenversichern

Zudem v.a. (Art. 1 Abs. 2 KVV, Art. 4 + 5 KVV):

- Ausländerinnen und Ausländer mit einer Aufenthaltsbewilligung von mind. 3 Monaten
- Ausländerinnen und Ausländer, die in der Schweiz weniger als bzw. längstens 3 Monate erwerbstätig sind, sofern sie nicht über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen
- Asylsuchende und Personen mit vorübergehendem Schutz sowie vorläufig Aufgenommene



- Personen mit Wohnsitz in der EU, Island oder Norwegen, die in der Schweiz erwerbstätig sind oder nur eine schweizerische Rente beziehen sowie ihre nichterwerbstätigen Familienangehörigen (Freizügigkeitsabkommen/EFTA-Abkommen)
- Entsandte ins Ausland, Personen im öffentlichen Dienst mit Aufenthalt im Ausland



## **(Wenige) Ausnahmen von der Versicherungspflicht**

(Art. 2 KVV)

v.a.:

- Personen, die nach dem Freizügigkeitsabkommen oder EFTA-Abkommen in einem anderen Staat versichert sind
- Aktive und pensionierte Bundesbedienstete, die der Militärversicherung unterstellt sind
- Personen, die sich ausschliesslich zur ärztlichen Behandlung oder zur Kur in der Schweiz aufhalten

→ weitere Ausnahmen auf Gesuch hin möglich



## **Wahl der Versicherers** (Art. 4 KVG)

- Freie Wahl unter den zugelassenen Krankenversicherern (2016: 57)
- Versicherer müssen in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede versicherungspflichtige Person aufnehmen





## **Wechsel des Versicherers** (Art. 7 KVG)

- Bei Grundversicherung mit Franchise von Fr. 300.--: auf 1. Januar und 1. Juli (Kündigungsfrist 3 Monate)
- Bei besonderer Versicherungsform (z.B. höhere Franchise, Hausarztmodell, HMO): nur auf 1. Januar
- Bei der Mitteilung einer neuen Prämie: einmonatige Kündigungsfrist auf Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht. Normalfall, Versicherung teilt neue Prämie für Folgejahr im Oktober mit, Kündigung bis 30. November per Ende Jahr



## **Sistierung der Unfalldeckung** (Art. 8 – 10 KVG)

Personen, die mindestens 8 Stunden pro Woche arbeiten sind durch ihren Arbeitgeber gemäss **Unfallversicherungsgesetz** (UVG) gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert.

- Nachweis an Krankenversicherer, dass nach UVG versichert
- Prämie wird entsprechend herabgesetzt
- Sobald Unfalldeckung nach UVG aufhört, wieder KVG-Deckung

## **Sistierung der Versicherungspflicht für Dienstpflichtige** (Art. 3 Abs. 4 KVG)

Für Personen, die während mehr als 60 aufeinanderfolgenden Tagen dem **Militärversicherungsgesetz** (MVG) unterstellt sind, wird die Versicherungspflicht sistiert.



### 3. Krankenversicherer





## **57 Krankenversicherer (Jahr 2016)**

- Bewilligung von der Aufsichtsbehörde (BAG)
- juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts
- Selbsttagend und dürfen keine Gewinne ausschütten
- Es steht ihnen frei, neben der Grundversicherung auch Zusatzversicherungen anzubieten.
- Unterstehen der Aufsicht des BAG nach dem Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (1.1.2016)



## 4. Finanzierung

### Grundsätze

- Die OKP wird durch (monatliche) **Prämien der Versicherten** finanziert.
  - Finanzierung muss **selbsttragend** sein.  
Erfolgt nach dem **Bedarfsdeckungsverfahren**.  
Versicherer sind verpflichtet, Rückstellungen und Reserven zu bilden.
- Rund 95 % der Einnahmen werden für die Kosten der Leistungen, rund 5 % für die Verwaltungskosten verwendet



## Grundsätze der Prämienhebung (Art. 61 KVG)

- Der Versicherer erhebt von seinen Versicherten grundsätzlich **die gleichen Prämien** (Kopf- und Einheitsprämien).
- Er kann die Prämien aber nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden kantonal und regional abstufen.
- Der Versicherer muss für Kinder (bis zum 18. Lebensjahr) und kann für junge Erwachsene (bis zum 25. Lebensjahr) tiefere Prämien erheben.
- Die Verantwortung für die Kalkulation der Prämien liegt bei den Versicherern.
- Die Verantwortung für die Genehmigung der Prämien liegt beim BAG. Die Prämien werden für 1 Jahr genehmigt.



## Risikoausgleich

Versicherer, die unter ihren Versicherten weniger Personen mit einem **erhöhten Krankheitsrisiko** haben als der Durchschnitt aller Versicherer, müssen Risikoabgaben entrichten.

Das erhöhte Krankheitsrisiko wird durch das Alter, das Geschlecht und weitere geeignete Indikatoren der Morbidität abgebildet. Der Bundesrat legt in der Verordnung die Indikatoren fest.

Aktuell sind dies:

- Alter (15 Gruppen)
- Geschlecht



- Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr, welcher länger als drei Tage dauert.
- Medikamentenkosten im Vorjahr von mehr als 5000.- Franken.

Weitere Verfeinerungen des Risikoausgleichs sind geplant, um Risiken zwischen den Versicherern noch besser auszugleichen  
→ Verminderung der Anreize zur Risikoselektion

Bsp. 2015 (*provisorisch*):

35 Versicherer zahlen an 23 Versicherer einen Umverteilungsbetrag von rund 1.64 Milliarden Franken.





## **Prämienverbilligung** (Art. 65 – 66a KVG)

- Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen
- Für untere und mittlere Einkommen wird die Prämie von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mind. 50 % verbilligt
- Finanzierung Bund / Kantone  
Bundesbeitrag entspricht 7.5 % der Bruttokosten der OKP
- Jeder Kanton hat sein eigenes System
- Rund 30% der Versicherten erhält Prämienverbilligungen



## **Kostenbeteiligung** (Art. 64 KVG)

- Ordentliche **Franchise** (fester Betrag) **300 Franken** pro Kalenderjahr  
Kinder (= bis 18 Jahre) bezahlen keine Franchise
- **Selbstbehalt** von **10 Prozent** des verbleibenden Rechnungsbetrages, bis zu **maximal 700 Franken** pro Kalenderjahr (Kinder bis 18 Jahre: 350 Franken).  
Ausnahme Medikamente: für Originalpräparate, die durch Generika austauschbar sind 20%
- Die ordentliche Kostenbeteiligung beträgt somit maximal **1000 Franken** pro Kalenderjahr für Erwachsene und **350 Franken** für Kinder
- **Spitalkostenbeitrag** von **15 Franken pro Tag** bei einem Aufenthalt im Spital.  
Ausnahme: Kinder und junge Erwachsene (bis 25 Jahre) in Ausbildung, Frauen bei Mutterschaft



## Besondere Versicherungsformen

### Wählbare Franchisen (Art. 93 – 95 KVV)

<b>Erwachsene</b>					
<b>Franchise</b>	500	1000	1500	2000	2500
<b>Höchstrabatt (70%)</b>	140	490	840	1190	1540

<b>Kinder</b>						
<b>Franchise</b>	100	200	300	400	500	600
<b>Höchstrabatt (70%)</b>	70	140	210	280	350	420

Prämienrabatt für zusätzlich übernommenes Risiko sich an Kosten zu beteiligen. Mehr Eigenverantwortung!

→ Maximalrabatte für Prämien sind gesetzlich definiert (70%)



## Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (Art. 99 – 101 KVV)

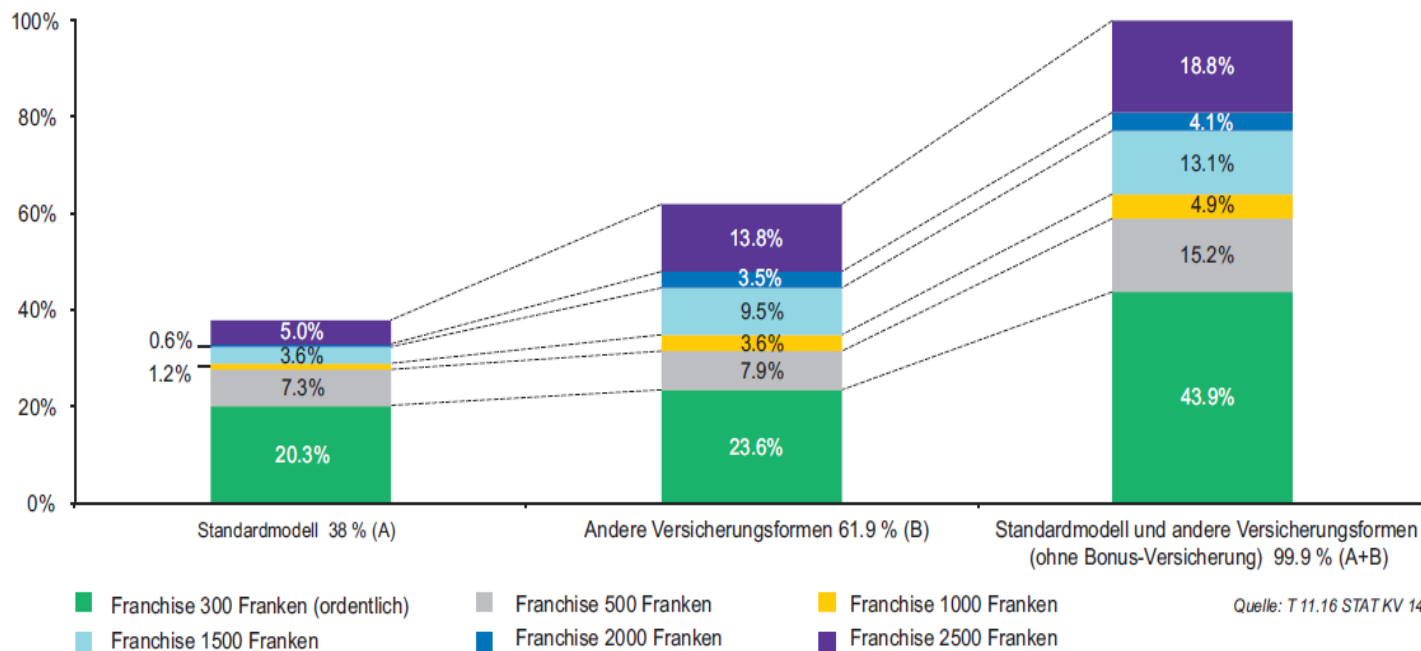
- Hausarztmodell
  - HMO (Health Maintenance Organization)
  - Weitere Modelle (z.B. Telmed)
- Maximalrabatte für Prämien sind gesetzlich definiert

## Bonusversicherung (Art. 96 – 98 KVV)

Die Prämie wird mit jedem Jahr, in dem keine Leistungen in Anspruch genommen werden, schrittweise gesenkt.



**G 11b Verteilung der Franchisen im Standardmodell sowie in den anderen Versicherungsformen, Erwachsene ab 19 Jahre 2014**





## 5. Leistungen und Vergütung

Die OKP gewährt Leistungen bei:

- a. Krankheit
- b. Unfall, soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt
- c. Mutterschaft

Die OKP übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der **Diagnose** oder **Behandlung** einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG).

Die Versicherer dürfen im Rahmen der OKP keine andern Kosten als diejenigen für die gesetzlichen Pflichtleistungen übernehmen (Art. 34 Abs. 1 KVG).



## **Allgemeine Leistungen bei Krankheit** (Art. 25 Abs. 2 KVG)

- Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim sowie Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden
- ärztlich verordnete Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel und Gegenstände
- Beitrag an die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren
- Medizinische Rehabilitation
- Aufenthalt im Spital (allgemeine Abteilung)
- Aufenthalt bei Entbindung in einem Geburtshaus



- Beitrag an die medizinisch notwendigen Transportkosten sowie an die Rettungskosten
- die Leistung der Apotheker und Apothekerinnen bei der Abgabe von Arzneimitteln

## **Pflegeleistungen** (Art. 25a KVG)

Beitragspflicht an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, oder im Pflegeheim erbracht werden.

## **Prävention** (Art. 26 KVG)

Bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten, sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind.





**Geburtsgebrechen**, die nicht durch die IV gedeckt sind  
(Art. 27 KVG)

**Unfälle**, soweit nicht durch Unfallversicherung versichert  
(Art. 28 KVG)

**Mutterschaft** (Art. 29 KVG)

**Strafloser Abbruch der Schwangerschaft** (Art. 30 KVG)

**Zahnärztliche Behandlungen** stark eingeschränkt (Art. 31 KVG)



## **Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme** (Art. 41 KVG)

### **Ambulante Behandlung:**

Freie Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern.  
Kostenübernahme höchstens nach dem Tarif, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt.

### **Stationäre Behandlung:**

Freie Wahl unter den Spitälern, die auf der Spitalliste des Wohnkantons oder jener des Standortkantons (Listenspital) aufgeführt sind. Kostenübernahme höchstens nach dem Tarif in einem Listenspital des Wohnkantons.

→ Anteilmässige Vergütung durch Versicherer (45%) und Wohnkanton (55%)



## Die Leistungserbringer erstellen ihre Rechnungen nach **Tarifen oder Preisen** (Art. 43 Abs. 1 KVG)

Tarife und Preise werden festgelegt durch:

- **Tarifverträge** zwischen Leistungserbringern und Versicherern (z.B. Tarmed für die ambulante ärztliche Behandlung und Pauschalen „DRG“ für die stationäre Behandlung)
- **Tarifbeschlüsse** der Behörde (z.B. Medikamente, Analysen)

## **Tarifschutz** (Art. 44 KVG)

Die versicherte Person genießt vollen Tarifschutz, das heisst die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen keine weitergehenden Kosten in Rechnung stellen



## **Grundsatz der Vergütung** (Art. 42 KVG)

Kostenvergütungs-/Rückerstattungsprinzip: nach Erbringung der Leistung

- **System des Tiers garant**

Haben Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart, schulden die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung.

- Rechnung geht zunächst an versicherte Person, die bezahlt
- Weiterleitung an Versicherer
- Prüfung durch Versicherer
- Rückerstattung abzüglich Kostenbeteiligung (keine Frist aber i.d.R. innert 30d)



- **System des Tiers payant**

Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet.

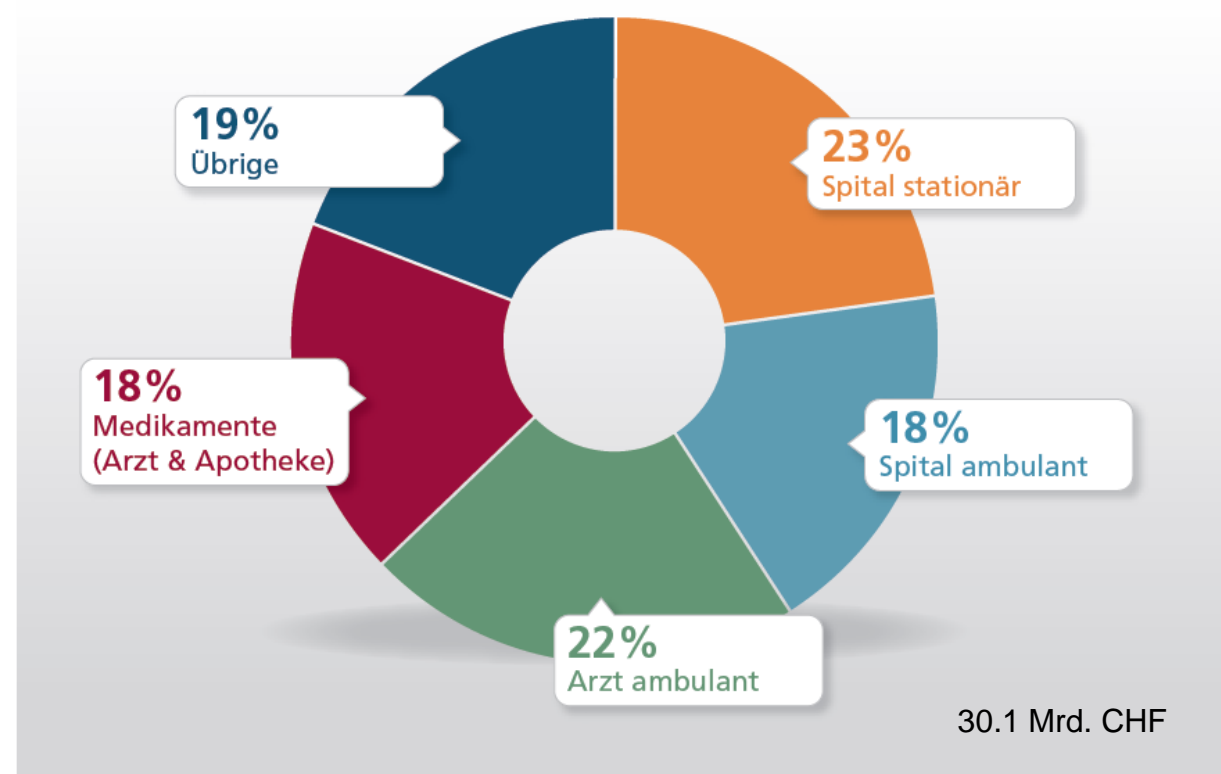
- Rechnung geht an Versicherer, der kontrolliert und vergütet
- Versicherte erhalten Kopie der Rechnung
- Versicherer stellt der versicherten Person Kostenbeteiligung in Rechnung

→ bei stationären Behandlungen

→ oft auch Spital ambulant und Apotheken



## Kostenblöcke OKP 2015





Links:

[www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/](http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/)

[www.priminfo.ch](http://www.priminfo.ch)

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**

[patricia.maeder@bag.admin.ch](mailto:patricia.maeder@bag.admin.ch)