

Krankenversicherung: Das Wichtigste in Kürze

Die Krankenversicherung ist in der Schweiz obligatorisch. Rund 50 vom Bund anerkannte, nicht gewinnorientierte Versicherer bieten die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) und die freiwillige Taggeldversicherung an.

Was bietet die obligatorische Krankenpflegeversicherung?

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung schützt die Versicherten bei Krankheit, Mutterschaft und Unfall und bietet allen Versicherten denselben Leistungsumfang an. Der Versicherer muss die Versicherten alle gleich behandeln, ohne eine Unterscheidung zu machen beim Gesundheitszustand oder bei einem Hinweis darauf. Dies gilt insbesondere bei der Aufnahme in die Versicherung, der Wahl der Versicherungsform und bei der Vergütung der Leistungen.

Wie wird die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert?

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung wird über Beiträge der Versicherten (Prämien), Kostenbeteiligungen der Versicherten (Franchise, Selbstbehalt, Spitalbeitrag) und Gelder des Bundes und der Kantone (Prämienverbilligung) finanziert.

Die Prämien eines Versicherers müssen kostendeckend sein (Kapitalerträge können in die Kostenberechnungen für die Prämien einbezogen werden).

Die Prämien hängen nicht vom Einkommen ab und unterscheiden sich nach Versicherer, Wohnort der versicherten Person und gewählter Versicherungsform (Franchisestufe, eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer).

Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen sowie Kinder und Jugendliche in Ausbildung erhalten oft eine Prämienverbilligung. Die Kantone bestimmen, wer eine Prämienverbilligung erhält.

Die Mittel der sozialen Krankenversicherung dürfen nur zu diesen Zwecken verwendet werden.

Die Versicherten haben die Wahl.

Die Versicherten können unter den Versicherern, die an ihrem Wohnort tätig sind, frei wählen. Die Versicherer müssen in ihrem Tätigkeitsbereich jede versicherungspflichtige Person aufnehmen.

Die Versicherten können alle Versicherungsformen (Franchisestufe, freie oder eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer) wählen, die von ihrem Versicherer an ihrem Wohnort angeboten werden.

Bei einer Untersuchung und Behandlung haben sie die Wahl zwischen den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind bzw. auf der Spitalliste aufgeführt sind. Dies gilt, sofern sie die freie Wahl nicht eingeschränkt haben, indem sie eine besondere Versicherungsform abgeschlossen haben.

Die Versicherten können den Versicherer spätestens nach einem Jahr wechseln.

Wie werden die Leistungen erstattet?

Die Leistungserbringer können für ihre Leistungen auf zwei Arten entschädigt werden:

1. durch die Versicherten. Diese erhalten dann wiederum die entstandenen Kosten von ihrem Versicherer vergütet (System des Tiers garant, z.B. bei Arztrechnungen).
2. durch die Versicherer. Sofern diese mit den Leistungserbringern vereinbart haben, dass deren Leistungen direkt von den Versicherern bezahlt werden (System des Tiers payant, z.B. bei Spitalrechnungen oder Medikamenten).

Weitere Infos zur Krankenversicherung finden Sie unter:

<https://bit.ly/3R6ouZi>

Informationen zur Befreiung der obligatorischen Krankenversicherung finden Sie unter der Gemeinsamen Einrichtung KVG:

<https://bit.ly/49JAvuY> / 032 625 30 30