

Das Solidaritätsprinzip, Garant eines fairen Zugangs zur Gesundheitsversorgung

86 Prozent der Schweizer und 84 Prozent der Schweizerinnen beurteilen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Auch die Lebenserwartung in guter Gesundheit ist in der Schweiz mit 70 Jahren eine der höchsten weltweit. Trotz dieser erfreulichen Zahlen, die das Bundesamt für Statistik 2019 veröffentlicht hat, dürfen wir nicht vergessen, dass nicht alle Menschen gleichermassen gesund sind.

Das stellen wir auch tagtäglich beim Erstaten der Gesundheitskosten unserer Versicherten fest. Während einige Versicherte keine oder kaum Kosten generieren, können diese bei anderen eine Höhe von bis zu mehreren hunderttausend Franken pro Jahr erreichen. Die teuerste Einzelbehandlung, für die Assura 2018 aufkam, belief sich beispielsweise auf rund 818'000 Franken.

Dass die Krankenversicherung solche Beträge übernehmen kann, ist dem grundlegenden Prinzip der Solidargemeinschaft von Kranken und Gesunden zu verdanken, das insbesondere auf der allgemeinen Versicherungspflicht und einer Einheitsprämie basiert. Damit gewährleistet die Gemeinschaft der Versicherten, dass jede und jeder Einzelne – unabhängig von der wirtschaftlichen oder sozialen Situation – die zur Heilung oder zur Verbesserung des Gesundheitszustands notwendige Versorgung erhält.

Damit das Solidaritätsprinzip auch künftig seine positive Wirkung entfalten kann und weiterhin von allen Bürgerinnen und Bürgern akzeptiert wird, müssen wir dem Aspekt der medizinisch notwendigen Behandlungen mehr Beachtung schenken. Nach einer Schätzung des Bundesrats und der zuständigen Experten sind rund 20 Prozent aller medizinischen Dienstleistungen in der Schweiz überflüssig. Daher sollten wir jegliche Tendenz, dass Leistungen bezahlt werden, deren Nutzen oder Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist oder die man als «Komfortleistungen» bezeichnen könnte, infrage stellen. Nur so kann unser Gesundheitssystem langfristig fortbestehen und uns allen im Bedarfsfall die notwendige Versorgung gewährleisten.

Thema dieser Ausgabe ist der soziale und solidarische Charakter der obligatorischen Krankenversicherung, den wir Ihnen mit alltäglichen Beispielen aus der Praxis erläutern möchten. Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre!

Ruedi Bodenmann
Generaldirektor



Geschichtlicher Rückblick



Im 19. Jahrhundert muss die Bevölkerung für die Kosten der Gesundheitsversorgung grundsätzlich selbst aufkommen. Nur die wohlhabenden Bevölkerungsschichten können es sich leisten, sich durch Berufsmédiziner behandeln zu lassen. Da die Industrialisierung, die Städteentwicklung und das Bevölkerungswachstum neue Formen sozialer Not mit sich bringen, wird in der Schweiz schrittweise ein System für den sozialen Schutz der Bevölkerung eingeführt.

In diese Zeit fällt die Gründung der ersten Hilfskassen, die auf dem Solidaritätsprinzip beruhen. Der Beitritt zu diesen Hilfskassen, die einen minimalen Schutz bei Krankheit oder Invalidität bieten, ist fakultativ.

Nachdem die Schweizer Bevölkerung im Jahr 1900 eine erste Vorlage für eine staatliche Kranken- und Unfallversicherung ablehnt, wird schliesslich im Jahr 1994 das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom Volk angenommen. Es tritt mit der Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der umfassenden Deckung der Spitalpflege 1996 in Kraft.

Quelle: www.geschichtedersozialensicherheit.ch



Die Solidarität, eine tragende Stütze unseres Gesundheitssystems

Die Gesundheit ist eines unserer wertvollsten Güter. Sie ist eine unerlässliche Voraussetzung für unsere persönliche und berufliche Verwirklichung. Wenn wir erkranken oder einen Unfall erleiden, wollen wir so schnell wie möglich wieder gesund werden. Dies erfordert jedoch unter Umständen erhebliche finanzielle Mittel. Hier kommt der Solidaritätsgedanke, der für unser System der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von zentraler Bedeutung ist, voll zur Geltung. Diese Solidarität beruht auf folgenden Grundsätzen:

Versicherungspflicht

Seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 müssen alle in der Schweiz lebenden Personen eine Grundversicherung abschliessen. Sie können hingegen den Krankenversicherer, die Franchise sowie das Grundversicherungsmodell, das ihren Bedürfnissen am besten entspricht (z. B. das Hausarzt-Modell), frei wählen.

Einheitsprämie

Erwachsene, die in derselben Region wohnhaft und bei derselben Krankenkasse versichert sind, zahlen unabhängig von ihrem Alter, Geschlecht oder Gesundheitszustand die identische Prämie für die gleiche Versicherungsform. Die Prämienhöhe wird im Herbst für das kommende Jahr bekanntgegeben. Ihre Berechnung erfolgt einerseits aufgrund einer Einschätzung der zu vergütenden Pflegeleistungen, andererseits aufgrund des Beitrags an den Risikoausgleich.

Risikoausgleich

Der Risikoausgleich ist ein Solidaritätsmechanismus zwischen allen Versicherten der Schweiz. Die Wahl des Krankenversicherers spielt dabei keine Rolle.

Jedes Jahr liefern sämtliche Krankenversicherer der Gemeinsamen Einrichtung KVG (Eidgenössisches Departement des Innern) ihre nach folgenden Kriterien ermittelten Durchschnittskosten pro Versicherten: Kanton, Alter, Geschlecht, Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim, pharmazeutische Kosten. Die Gemeinsame Einrichtung KVG sammelt die Daten aller Versicherer und berechnet die kantonalen Durchschnittswerte.

Pro Kanton zahlen Krankenversicherer mit Durchschnittskosten, die unter dem Mittelwert liegen, einen Beitrag an einen Ausgleichsfonds, während Krankenversicherer mit Durchschnittskosten, die über dem Mittelwert liegen, Geld aus diesem Fonds erhalten.

Reserven

Aufgrund des sozialen und solidarischen Charakters der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dürfen die Grundversicherer weder Gewinne erzielen noch Dividenden an die Aktionäre ausschütten.

Fallen die zu vergütenden Pflegeleistungen im betreffenden Jahr höher aus als die Prämieinnahmen, so hat der Krankenversicherer die Differenz über die Reserven zu decken. Die Reserven bieten somit den Versicherten die Gewähr, dass bei Leistungskosten, welche die Prognosen übersteigen, keine Nachzahlungen verlangt werden.

Wenn die Gesamtprämieinnahmen höher liegen als die Leistungsausgaben, werden die Überschüsse den Reserven gutgeschrieben. In Kantonen, in denen die Reserven solide genug sind, kann der Krankenversicherer den Versicherten auch Geld aus den Überschüssen zurückerstatten. Gemäss dem Solidaritätsprinzip der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist der rückerstattete Betrag für sämtliche Versicherte einer Region identisch, dies unabhängig von ihren Gesundheitsausgaben, ihrem Versicherungsmodell oder ihrer Franchise.

Prämien 2018 der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Gesamtprämienvolumen
der Assura-Versicherten

3.4 Milliarden

Vergütung von
Pflegeleistungen

2.2
Milliarden

65%
der Prämie

30%
der Prämie

Beitrag an den
Risikoausgleich

1
Milliarde

4%
der Prämie

Verwaltungskosten

146
Millionen

1%
der Prämie

Zuweisung an die Reserven

40
Millionen

FOKUS

Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten decken die internen Kosten des Krankenversicherers (Verwaltung, Informatik, Personal usw.) und ermöglichen ihm insbesondere, seiner Aufgabe nachzukommen, die Behandlungsrechnungen sorgfältig zu kontrollieren. Dank dieser Kontrolle können schweizweit jährlich Mehrausgaben von rund drei Milliarden Schweizer Franken vermieden werden, die andernfalls zu Lasten der Versicherten gehen würden.

INFO

Öffentliche Unterstützung für das Bezahlen der Prämien

Personen, deren Einkommen unter einer bestimmten Grenze liegt, können eine Prämienverbilligung beantragen. Je nach Fall wird die Krankenversicherungsprämie darauf teilweise oder vollständig von der öffentlichen Hand bezahlt. Da die Bedingungen für den Erhalt der Prämienverbilligung und deren Höhe je nach Region verschieden sind, raten wir Ihnen, sich für weitere Auskünfte an die zuständigen Behörden Ihres Wohnkantons zu richten.

FAKTUM

Die Grundversicherung deckt nicht sämtliche Gesundheitskosten

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt Arztbesuche, ambulante und stationäre Behandlungen sowie die meisten ärztlich verschriebenen Medikamente. Bestimmte Pflegeleistungen und Behandlungen werden hingegen nicht rückerstattet. Dazu zählen zum Beispiel zahnärztliche Behandlungen sowie Medikamente, die nicht in der vom Bundesamt für Gesundheit herausgegebenen Spezialitätenliste aufgeführt sind.

Ich möchte helfen

Gelebte Solidarität



SPENDEN SIE ZEIT

Die Begleitung von kranken Mitmenschen und ihren Angehörigen im Spital oder zu Hause ist eine sinnvolle und effiziente Ergänzung zur Arbeit der Pflegefachleute. Die meisten Kantonsspitäler und zahlreiche Organisationen, etwa **Terre des Hommes**, **Caritas** oder die **Krebsliga**, vermitteln Ihnen gerne einen solchen freiwilligen Einsatz.



SPENDEN SIE BLUT

Blutkonserven sind knapp, vor allem in der Ferienzeit. Wer Blut spendet, rettet deshalb Leben. Blut spenden können grundsätzlich alle gesunden Menschen zwischen 18 und 60 Jahren, die über 50 Kilogramm wiegen. Regelmässige Spender dürfen bis zum 75. Lebensjahr Blut spenden, wenn sie bei guter Gesundheit sind. Mehr Infos auf www.iblutspende.ch



SPENDEN SIE ORGANE

In der Schweiz sterben durchschnittlich jede Woche zwei Personen, weil sie kein Transplantat erhalten haben, und die Wartelisten werden immer länger. Die persönliche Spendekarte, die Sie bei www.leben-ist-teilen.ch bestellen oder ausdrucken können, hält fest, ob und zu welchen Bedingungen Sie Organe spenden möchten. Mehr Infos über die Organspende: www.swisstransplant.ch.





Ab
CHF 7
pro Monat

(Erwachsener, Kapital von CHF 1'500, inkl. Unfall)

Rabatt ab CHF 1 pro Monat

In Kombination mit Complementa Extra

Hospita,

Ihr finanzieller Schutz bei einem Spitalaufenthalt*

Zusatzversicherung (VVG)

Finanzielle Unterstützung für unvorhergesehene Ausgaben nach einem Spitalaufenthalt: Kinderbetreuung, Haustierbetreuung, Haushaltshilfe, Lieferung der Einkäufe usw. Sie können frei über das Kapital verfügen und benötigen dafür keine Nachweise.



**Freie Wahl des Kapitals:
Von CHF 500 bis
CHF 3'000**

Das Kapital wird Ihnen bei einem **Spitalaufenthalt von mehr als 24 Stunden überwiesen****.



**Profitieren Sie von einem
Bonus bis CHF 1'000**

Falls Sie sich freiwillig für eine Abteilung entscheiden, die kostengünstiger ist als die, die von Ihrer halbprivaten oder privaten Assura-Versicherung vorgesehen ist.



Weltweite Deckung



Weitere Details
auf [assura.ch](https://www.assura.ch)

* vgl. Besondere Versicherungsbedingungen der Kategorie Hospita

** ohne Mutterschaft

Kontakt

0842 277 872

Montag bis Freitag, 08.00–12.00 Uhr
und 13.30–17.00 Uhr, max CHF 0.08/Min.
vom Festnetz, Mobiltarife gemäss Anbieter

Besuchen Sie uns!



www.assura.ch

ASSURA