

Gesundheit

Sachanalyse für Lehrpersonen

Zur Vorbereitung auf den Unterricht empfehlen wir das **Themendossier Gesundheit**. In der Sachanalyse ist das Wichtigste zusammengefasst.

Das Schweizer Gesundheitssystem ist – wie die Schweizer Politik – föderalistisch aufgebaut. Das heisst, die Gemeinden, die Kantone und der Bund setzen die Gesetze und Verordnungen im Gesundheitsbereich gemeinsam auf und teilen sich die Aufgaben.

Gesundheit

Die Gesundheit betrifft das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden des Menschen. Wobei die Gesundheit einerseits für jeden Menschen eine individuelle Bedeutung hat und jede:r für die eigene Gesundheit selbst verantwortlich ist, wird das Thema Gesundheit auch durch die Politik geregelt.

Verantwortung von Bund und Kantonen

Die Bundesverfassung gibt vor, dass sich Bund und Kantone vor allem mit zwei Bereichen der Gesundheit beschäftigen. Die Kantone sind für die medizinische Grundversorgung verantwortlich (z.B. genügend Spitäler/Personal oder Regelung der Prämienverbilligungen der Krankenkasse). Auf der Bundesebene ist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zuständig für den Schutz der Bevölkerung (z.B. Umsetzung von Gesetzen oder Vorschriften für Medikamente). Ausserdem vertritt das BAG die gesundheitspolitischen Interessen der Schweiz im Ausland und in internationalen Organisationen.

Krankenkassenversicherung

In der Schweiz muss jede Person eine Krankenversicherung haben. Die Krankenversicherungen werden von Krankenkassen angeboten. Die Krankenkassen übernehmen dann einen Teil der Gesundheitskosten, z.B. bei einem Spitalaufenthalt oder für ein Medikament. Jede Person bezahlt für die Krankenversicherung eine monatliche Prämie. Eine Prämie ist ein monatlicher Geldbetrag, der an die Krankenkasse bezahlt wird. Die Höhe der Prämie ist unabhängig vom Einkommen der versicherten Person. Sie unterscheidet sich aber je nach Kanton, Krankenkasse und gewähltem Modell. Mögliche Krankenkassenmodelle sind: Freie Arztwahl, HMO-Modell (Health Maintenance Organization), Hausarzt-Modell und Telmed-Modell. Menschen mit wenig Lohn können beim Kanton eine Prämienverbilligung beantragen.



Mehr Wissen?

Benötigen Sie noch mehr Informationen zum Thema Altersvorsorge oder einem anderen Thema? Auf unserer Website finden Sie unsere einfach verständlichen und politisch neutralen Themendossiers zu diversen politischen und gesellschaftlichen Themen.



Wichtige Begriffe

Franchise:

Versicherte können ihre Franchise jedes Jahr neu festlegen. Die Franchise ist ein Betrag, den Versicherte selbst zahlen müssen, bevor die Krankenkasse einen Teil ihrer medizinischen Behandlungskosten übernimmt. Erst wenn der Betrag erreicht ist, übernimmt die Krankenkasse einen Teil der medizinischen Behandlungskosten. Es gibt eine einzige Ausnahme: Bei Schwangerschaft übernimmt die Krankenkassen auch vor dem Erreichen der Franchise medizinische Behandlungskosten.

Für die Franchise erwachsener Personen gibt es sechs verschiedene Beträge: 300 CHF, 500 CHF, 1000 CHF, 1500 CHF, 2000 CHF und 2500 CHF.

Personen mit einer hohen Franchise zahlen eine tiefere Prämie, müssen dafür aber mehr ihrer medizinischen Behandlungskosten selbst bezahlen. Personen mit einer tiefen Franchise zahlen eine höhere Prämie, müssen dafür aber weniger ihrer medizinischen Behandlungskosten selbst bezahlen.

Selbstbehalt:

Wenn die Franchise erreicht wurde, übernimmt die Krankenkasse einen Teil der Kosten. Von diesem Zeitpunkt an übernimmt die versicherte Person zehn Prozent ihrer Behandlungskosten. Sie muss aber nicht mehr als 700 Franken pro Jahr bezahlen. Der Selbstbehalt ist unabhängig von der Höhe der gewählten Franchise. Das heisst, die höchstmöglichen Gesundheitskosten für eine Person pro Jahr sind die monatlichen Krankenkassenprämien und für eine medizinische Behandlung die gewählte Franchise (zwischen 300 und 2500 Franken) + 700 Franken.

Zusatzversicherung:

Die obligatorische Krankenversicherung deckt die Grundversorgung ab. Gewisse Gesundheitskosten wie z.B. Zahnbehandlungen oder Fitness-Abo sind nicht in der Grundversorgung enthalten. Wenn eine Person möchte, dass diese Gesundheitskosten ebenfalls von der Krankenkasse übernommen werden, kann sie sogenannte Zusatzversicherungen abschliessen. Die Zusatzversicherungen sind freiwillig. Je nach Anzahl und Art der Zusatzversicherung ist es unterschiedlich, wieviel die Zusatzversicherung kostet.

Unfallversicherung:

Die Unfallversicherung übernimmt die Kosten bei Unfällen (während oder ausserhalb der Arbeit). Die Unfallversicherung läuft über den Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin. Die Unfallversicherung gilt auch im Ausland. Alle Arbeitgebende müssen ihre Angestellten versichern, ausser die Person arbeitet weniger als acht Stunden pro Woche. Die versicherte Person ist dann selbst dafür verantwortlich, eine Versicherung gegen Nichtberufsunfälle bei einer Krankenkasse abzuschliessen.

Prämienverbilligung:

Mit Prämienverbilligungen übernimmt der Kanton einen Teil der Kosten für die Krankenkassenprämien. Wer Prämienverbilligungen bekommt und wie hoch sie sind, entscheiden die Kantone. Je nach Kanton erhält man automatisch eine Prämienverbilligung oder man muss sie beantragen. Wenn jemand also ein tiefes Einkommen hat, kann sich diese Person bei ihrem Kanton erkundigen, ob ein Anrecht auf Prämienverbilligung besteht.