



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Abteilung Versicherungsaufsicht, 17. September 2015

Prämienermässigung für Wahlfranchisen

1 Ausgangslage

Im Grundsatz kennt die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) eine Einheitsprämie. Insbesondere darf der Versicherer die Prämie nicht vom Gesundheitszustand abhängig machen, wie er auch beim Eintritt allen Versicherten Zugang gewähren muss und keine Vorbehalte machen darf. Art. 61 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) hält denn auch in Abs. 1 fest: «Soweit dieses Gesetz keine Ausnahme vorsieht, erhebt der Versicherer von seinen Versicherten die gleichen Prämien.» Ausnahmen von diesem Grundsatz gibt es namentlich für die Prämienregion (Abs. 2) sowie für Kinder und junge Erwachsene (Abs. 3). Auch bei den sogenannten «besonderen Versicherungsformen» gemäss Art. 62 KVG, worunter die Wahlfranchisen fallen, sind Prämienermässigungen zulässig. Die Versicherten in den besonderen Versicherungsformen begründen aber kein eigenes Risikokollektiv, weshalb der Gesetzgeber in Art. 62 Abs. 3 den Bundesrat beauftragt hat, «aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse Höchstgrenzen für die Prämienermässigungen» zu erlassen.

Seit Einführung der Wahlfranchisen mit dem Inkrafttreten des neuen KVG 1996 wurden die Ausgestaltung der Wahlfranchisen und die zulässigen maximalen Rabatte mehrmals angepasst. Bis im Jahr 2000 waren die Rabatte nur an die Prämienhöhe, nicht an die Differenz zwischen wählbarer und ordentlicher Franchise gebunden. Nachdem dies dazu geführt hatte, dass der gewährte Rabatt in manchen Fällen höher ausfiel, als das effektiv eingegangene Risiko (womit selbst im ungünstigsten Fall die Wahl einer höheren Franchise schliesslich zu einer tieferen Belastung führte), wurden die Regelungen im Jahr 2001 um die Bestimmung ergänzt, dass die Ermässigung nicht höher ausfallen dürfe als die Differenz zwischen wählbarer und ordentlicher Franchise. Da der Versicherte aber auch mit dieser Regelung mit einer tieferen Wahlfranchise auf jeden Fall mehr bezahlen musste, wurde im Jahr 2004 der maximale Rabatt auf 80 Prozent der Differenz zwischen wählbarer und ordentlicher Franchise gesenkt. Im Jahr 2010 wurde dieser zulässige maximale Prämienrabatt schliesslich auf 70 Prozent gekürzt.

Seit Ende 2014 kennt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) dank einer Vollerhebung mit Daten des Jahres 2013 erstmals unter anderem die Bruttoleistungen, Kostenbeteiligung und Franchise jedes Versicherten. Dieser Datensatz ermöglichte es dem BAG, den Prämienrabatt der Wahlfranchise gemäss dem Auftrag des Gesetzgebers «aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse» genauer zu schätzen. Die entsprechenden Analysen erfolgten zwischen November 2014 und April 2015. Im Folgenden legt das BAG kurz dar, mit welchen Kalkulationen und Schätzungen der neue Prämienrabatt berechnet wurde. Die Darstellung beschränkt sich auf die Rabatte der Wahlfranchisen bei Erwachsenen. Dieselbe Methodik wurde auch bei der Ermittlung der Rabatte der Kinder verwendet.

2 Effekte bei Wahlfranchisen: Kostenbeteiligung, Selbstselektion und Moral Hazard

Hohe Wahlfranchisen werden häufig von gesunden Versicherten gewählt. Diese Selbstselektion führt dazu, dass in den Wahlfranchisen überproportional viele gute Risiken versichert sind. Die tiefen Leistungskosten der Wahlfranchisen ergeben sich deshalb zu einem grossen Teil aufgrund der Zusammensetzung des Kollektivs (Effekt der Selbstselektion) und würden bei einem vergleichbaren Kollektiv, wie es in der ordentlichen Franchise zu finden ist, so nicht beobachtet werden. Der erlaubte maximale Rabatt für Wahlfranchisen soll die Einsparungen aufgrund Selbstselektion gerade nicht berücksichtigen, da die Versicherten der ho-

hen Wahlfranchisen kein eigenes Risikokollektiv bilden. Der vom BAG berechnete versicherungsmässig erforderliche Rabatt berücksichtigt deshalb nur die risikobereinigten Einsparungen der Leistungskosten, die auf die einzelnen Wahlfranchisen zurückzuführen sind. Die risikobereinigten Einsparungen der Leistungskosten einer bestimmten Wahlfranchise entsprechen der Differenz der Kosten, die resultierten, wenn alle Versicherten in dieser Wahlfranchise versichert wären, im Vergleich zu den Kosten, die entstünden, wenn alle Versicherten in der ordentlichen Franchise versichert wären. Diese Differenz umfasst einerseits die geringeren Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, da aufgrund der Wahlfranchise ein grösserer Teil der Leistungskosten durch den Versicherten selber getragen werden (Effekt der Kostenbeteiligung), und andererseits die geringeren Kosten, die dadurch entstehen, dass Versicherte in höheren Franchisestufen Leistungen in geringerem Ausmass beanspruchen, weil sie wissen, dass sie einen grösseren Teil selber bezahlen müssen (Effekt des Moral Hazard).

Die geringere Inanspruchnahme von Leistungen wird (unpräzise) als «Moral-Hazard-Effekt» bezeichnet. Moral Hazard (deutsch auch: «moralisches Risiko») beschreibt allgemein den Effekt, dass eine Versicherung dem Versicherten einen Anreiz bieten kann, Risiken einzugehen, die er ansonsten einzudämmen versuchte, da die Versicherung die finanziellen Folgen der Realisierung eines Risikos deckt. Im Fall der Krankenversicherung bedeutet dies, dass ein Versicherter mit einer tieferen Franchise sorgloser mit seiner Gesundheit umgeht, als wenn er eine höhere Franchise wählt. Aufgrund der oft unklaren Kausalität und der Langfristigkeit bis zum Eintreten einer Krankheit (z. B. bei Rauchern), verbunden mit der Möglichkeit, die Wahlfranchise dem Gesundheitszustand anzupassen, ist fraglich, wie stark dieser Effekt im Fall der OKP tatsächlich ausfällt.

In einer etwas weiteren Auslegung des Begriffs Moral Hazard wird die geringere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auch auf den Fall ausgedehnt, wenn die Krankheit bereits ausgebrochen ist. Bei einer tieferen Kostenbeteiligung wird eine Person rascher den Arzt aufsuchen oder sich weniger um die von ihr verursachten Kosten (beispielsweise für Medikamente) kümmern. Dass die Inanspruchnahme von der Höhe der Kostenbeteiligung abhängt, ist in zahlreichen Studien national und international nachgewiesen worden. Bei den Resultaten sind jedoch immer auch die institutionellen Gegebenheiten zu berücksichtigen, weswegen sie nicht direkt in die vorliegenden Berechnungen einfließen können.¹

3 Verfügbare Daten und Methodik

Dank des im Jahr 2014 erhobenen Einzeldatensatzes kennt das BAG von jedem Versicherten die Franchise und die verursachten Leistungskosten. Anhand dieses Einzeldatensatzes können für jeden Versicherten die Leistungskosten für alle Franchisestufen berechnet werden, da die Bruttoleistungen bekannt sind und die Kostenbeteiligung und Nettoleistungen aus den Bruttoleistungen und der Franchisestufe berechnet werden können². Die durchschnittliche Differenz der Leistungskosten aller Versicherten der Schweiz, einmal mit ordentlicher Franchise und einmal mit Wahlfranchise, entspricht gerade dem korrekten Rabatt dieser Wahlfranchise.

¹ Zu berücksichtigen ist namentlich, dass bei einer freiwilligen Erhöhung der Kostenbeteiligung ein kleinerer Einspareffekt zu beobachten sein wird als bei einer Erhöhung, die alle Versicherten trifft, weil gerade diejenigen Personen, bei denen die grossen Einsparpotenziale zu verwirklichen wären, kein entsprechendes Versicherungsmodell wählen werden. Bei den gewährten Prämienermässigungen sind somit starke Mitnahmeeffekte zu erwarten, da sie primär Versicherten zugute kommen, die auch im Krankheitsfall zurückhaltend in der Inanspruchnahme von Leistungen sind, sei es aus grundsätzlicher Sparsamkeit, aus Misstrauen gegenüber der Medizin oder weil die Opportunitätskosten eines Arztbesuchs (Zeitkosten) hoch sind.

² Die Details der Berechnung sind im technischen Anhang beschrieben.

Die Versichererdaten sind allerdings bei den verschiedenen Franchisestufen teilweise unvollständig. Dies, da Versicherte, bei denen die Rechnungen die Höhe ihrer Wahlfranchise noch nicht erreicht haben, diese nicht unbedingt der Krankenversicherung bekannt machen. Ein Versicherter muss die Rechnungen ja nur dann einsenden, wenn er Leistungen von der Krankenkasse vergütet haben möchte. Solange die Rechnungssumme unter der Franchise liegt, wird er die Rechnungen eventuell deshalb gar nicht einsenden. Zu beachten ist, dass das Problem der nicht erfassten Rechnungen im System des «Tiers payant» nicht besteht, also dort, wo die Leistungserbringer die Rechnung direkt an die Versicherer schicken. Dieses Abrechnungssystem gilt von Gesetzes wegen im ganzen stationären Sektor, ist aber auch im ambulanten Bereich verbreitet.³ Weder die Versicherer noch das BAG wissen, wie hoch der Anteil der nicht eingesandten Rechnungen im System des tiers garant ist. Für die Berechnung des Rabattes müssen sie jedoch berücksichtigt werden, damit die Leistungskosten ermittelt werden können, wenn eine tiefere Franchise gewählt würde. Da nur mit Annahmen die Höhe und Anzahl der nicht eingesandten Rechnungen geschätzt werden kann, hat das BAG mehrere Modelle gerechnet, um den Rabatt zu ermitteln. Ebenfalls müssen die Leistungen geschätzt werden, die Versicherten darum nicht nachfragen, weil sie deren Kosten selber tragen müssten (Moral Hazard). Eine kürzlich erschienene Studie beziffert diesen Effekt für die 1000er und höhere Franchisen mit 322 Franken pro Versicherten.⁴ In den folgenden Simulationen wurde dieser Effekt für die hohen Franchisen ebenfalls berücksichtigt.⁵

4 Simulation ausschliesslich mit Versicherten der ordentlichen Franchise

In einer ersten Simulation wurde angenommen, dass die Versicherten mit Wahlfranchisen sich nicht vom Bestand der Versicherten mit ordentlicher Franchise unterscheiden. Das bedeutet, die Berechnung des Rabatts erfolgte nur mit dem Bestand der Versicherten mit ordentlicher Franchise. Bei diesen Versicherten hat man das Problem der unvollständigen Leistungsdaten nicht. Es handelt sich aber nicht um eine zufällige Stichprobe: Versicherte der Wahlfranchisen weisen auch darum viel geringere Bruttoleistungen auf, da es sich um gute Risiken handelt (Selbstselektion). Der gesamte Versichertenbestand der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ist deshalb günstiger/gesünder als der in dieser Simulation verwendete Versichertenbestand (nur Versicherte ordentliche Franchise). Bei hohen Bruttoleistungen sind die Einsparungen, die die Versicherung macht, höher, da ein Versicherter der 300er Franchise viel weniger Kostenbeteiligung und die Versicherung mehr Nettoleistungen bezahlt, als wenn der gleiche Versicherte mit einer hohen Franchise versichert wäre. Zum Beispiel hat ein Versicherter der 300er Franchise mit Bruttoleistungen von 800 Franken eine Kostenbeteiligung von 300 Franken plus den Selbstbehalt von 10 Prozent der restlichen 500 Franken, dies entspricht 350 Franken Kostenbeteiligung und 450 Franken Nettoleistungen. Hätte der gleiche Versicherte eine 2500er Franchise, wäre die Kostenbeteiligung 800 Franken und die Nettoleistungen 0 Franken. Die Einsparung der Versicherung wäre also 450 Franken. Hat ein Versicherter jedoch 0 Franken Bruttoleistungen, dann sind die Kostenbeteiligungen und Nettoleistungen bei allen Franchisestufen 0 Franken und die

³ Die meisten Versicherer haben mit Apotheken «tiers payant» vereinbart, aber auch Praxisärzte senden ihre Rechnungen vermehrt direkt dem Versicherer. Eine Umfrage des BAG bei den Versicherern hat ergeben, dass diese bereits rund 40% der Arztrechnungen direkt vom Arzt bekommen.

⁴ Trottmann, Maria, Peter Zweifel und Konstantin Beck (2012): "Supply-side and demand-side cost sharing in de-regulated social health insurance: Which is more effective?", *Journal of Health Economics*, 31(1), Tabelle 9.

⁵ Bei der Franchise von 500 Franken würde die Berücksichtigung eines Einsparpotenzials von 250 Franken gegenüber der ordentlichen Franchise, das Trottmann et al. ermittelt haben, implizieren, dass sich der Rabatt auf über 100 Prozent des eingegangenen Risikos belaufen müsste. Dieses Ergebnis erachtet das BAG als wenig plausibel. Es deutet darauf hin, dass der Selektionseffekt hier vermutlich nicht vollständig eliminiert werden konnte.

Einsparung ebenfalls.

Die auf diese Weise berechneten Rabatte sind in gewisser Weise als Höchstgrenze zu verstehen, da die damit ermittelten Einsparungen grösser sind als die Einsparungen, die sich ergeben würden, wenn der gesamte Versichertenbestand in die Analyse eingeschlossen würde. Aus diesem Grund kann gesagt werden, dass der auf diese Weise ermittelte Rabatt zu hoch ausfällt.⁶ Im Vergleich mit dem heute gültigen Maximalrabatt ist gut ersichtlich, dass der heutige Maximalrabatt für die hohen Franchisen sogar dann zu hoch ist, wenn diese Methode zur Berechnung verwendet wird (Modell 1 in Tabelle 1). So würde der berechnete Rabatt für die Franchise 2500 1323 Franken betragen. Der heute zulässige Maximalrabatt beläuft sich jedoch auf 1540 Franken.

5 Simulation unter Annahme vollständiger Leistungen

Eine weitere Simulation wurde unter der Annahme durchgeführt, die gemeldeten Bruttoleistungen seien vollständig (alle Rechnungen liegen den Krankenversicherern vollständig vor und es gibt keinen Moral-Hazard-Effekt). Erneut wurden die Einsparungen als durchschnittliche Differenz der Leistungskosten ermittelt, wenn alle Versicherten anstatt einer ordentlichen Franchise eine Wahlfranchise hätten. Aufgrund der Tatsache, dass die Daten bei den hohen Franchisen aufgrund der fehlenden Leistungsdaten unvollständig sind, dürfte der in den Simulationen ermittelte Rabatt zu gering ausgefallen sein (Modell 2 in Tabelle 1). Versicherte, die keine Nettoleistungen verursachen, egal ob sie die ordentliche oder die 2500 Franchise wählen, erhalten keinen Rabatt, da ihre Einsparung mit der hohen Franchise gleich 0 ist.

Tabelle 1: Rabatte und Ergebnis der Simulationen 1 und 2

Wahlfranchise	Risiko	heute gültiger Maximalrabatt		Berechneter Rabatt (gemäss Simulationen BAG)		Maximalrabatt gemäss Entwurf KVV		
		in Fr./ Jahr	in % des Risikos	in Fr./ Jahr	Modell 1	Modell 2	in % des Risikos	in Fr./ Jahr
					in Fr./ Jahr	in Fr./ Jahr		
500	200	70%	140	164	110	70%	140	
1500	1'200	70%	840	828	550	60%	720	
2500	2'200	70%	1'540	1'323	870	50%	1'100	

6 Simulation mit Vervollständigung der Leistungen

Wie oben beschrieben, reichen Versicherte mit Wahlfranchisen ihre Rechnungen im System des tiers garant oft gar nicht bei der Krankenkasse ein, da sie sowieso keinen Beitrag von der Versicherung erhalten; wären sie aber mit der ordentlichen Franchise versichert, bekämen sie einen Beitrag von der Krankenversicherung (und würden ihre Rechnung einsenden). Ebenfalls würden sie möglicherweise vermehrt Leistungen beziehen, wenn sie eine tiefe Franchise hätten (Moral-Hazard-Effekt). Aus diesem Grund führt die im vorherigen Abschnitt

⁶ Keine Berücksichtigung findet bei dieser Betrachtung der Effekt von potenziellen Einsparungen aufgrund des Moral-Hazard-Effekts. Dass hier dennoch von der Höchstgrenze gesprochen wird, liegt daran, dass in den bestehenden Untersuchungen zum Thema der Moral-Hazard-Effekt als viel geringer als der Selektionseffekt angesehen wird (vgl. z. B. L. Gardiol, P.-Y. Geoffard and Ch. Grandchamp: „Separating Selection and Incentive Effects in Health Insurance“, PSE WP 2005-38) – und letzterer wird ja in dieser Variante vollständig negiert.

beschriebene Methode zu einer Überschätzung der korrekten Rabatte. In den weiteren Simulationen wurden die fehlenden Leistungen aufgrund fehlender Rechnungen und Moral-Hazard-Effekte der Versicherten mit Wahlfranchisen ergänzt. Die verschiedenen Simulationen dienten dabei auch dazu, die Robustheit der Ergebnisse zu prüfen, da eine verlässliche Schätzung der fehlenden Rechnungen wie auch der aufgrund der höheren Kostenbeteiligung nicht bezogenen Leistungen schwierig ist.

In diesem Abschnitt werden beispielhaft sechs verschiedene Simulationen dargestellt. Die Varianten unterscheiden sich in zweifacher Hinsicht:

- Wahl der Beta-Verteilungen zur Ergänzung fehlender Leistungen⁷ (Modelle 3 bis 5)
- Anreicherung nur eines Teils der Versicherten (Modellvariante a) oder aller Versicherten, deren Bruttoleistungen im Datensatz unter der Franchise liegt (Modellvariante b).

Für die Modellvariante a wurde anhand der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) ermittelt, wie hoch der Anteil «leistungsfreier Versicherter» ist. Das sind Versicherte, die in der Befragung angegeben haben, dass sie in den letzten zwölf Monaten keinen Arzt (inkl. Spezialisten und Gynäkologen jedoch ohne Zahnarzt) aufgesucht zu haben (siehe Tabelle 2). Dementsprechend wurden die Einzelleistungsdaten korrigiert.⁸ Gleichzeitig wurde bei allen Versicherten, die Bruttoleistungen haben, die tiefer sind als ihre Franchise und die nicht als leistungsfrei gelten, die Bruttoleistungen erhöht. Den drei Modellen liegen dabei folgende Annahmen zu Grunde:

- Modell 3: Der Anteil der fehlenden Leistungen an der Differenz zwischen seiner Franchise und der erfassten Bruttoleistung ist Beta(1; 3)-verteilt. Die von 0 bis 1 monoton sinkende Dichtefunktion hat einen Erwartungswert von 0,25 und den Modus bei 0. Damit wird angenommen, dass im Mittel *ein Viertel* der Differenz zwischen der Franchisehöhe und der effektiv gemeldeten Leistungen nicht erfasst sind oder aufgrund der höheren Franchise nicht beansprucht wurden (Moral Hazard).
- Modell 4: Der Anteil der fehlenden Leistungen an der Differenz zwischen seiner Franchise und der erfassten Bruttoleistung ist Beta(1.5; 3)-verteilt. Diese rechtsschiefe Verteilung hat einen Erwartungswert von 0,33 und den Modus bei 0,2. Die Dichte steigt somit von 0 bis 0,2 an und sinkt zwischen 0,2 und 1 monoton. Damit wird angenommen, dass im Mittel *ein Drittel* der Differenz zwischen der Franchisehöhe und der effektiv gemeldeten Leistungen nicht erfasst sind oder aufgrund der höheren Franchise nicht beansprucht wurden (Moral Hazard).
- Modell 5: Der Anteil der fehlenden Leistungen an der Differenz zwischen seiner Franchise und der erfassten Bruttoleistung ist Beta(3; 3)-verteilt. Die um 0,5 symmetrische Dichtefunktion hat Erwartungswert und Modus bei 0,5. Damit wird angenommen, dass im Mittel *die Hälfte* der Differenz zwischen der Franchisehöhe und der effektiv gemeldeten Leistungen nicht erfasst sind oder aufgrund der höheren Franchise nicht beansprucht wurden (Moral Hazard).

Beispiel (Modell 3a): Sind bei einem Versicherten mit Franchise 2500 im Datensatz Bruttoleistungen in der Höhe von 400 Franken erfasst, wurde angenommen, er würde zusätzliche Rechnungen von durchschnittlich 525 Franken beim Versicherer einreichen, wenn er bloss die ordentliche Franchise hätte (ein Viertel der Differenz zwischen der Franchisehöhe und der erfassten Leistungen). Bei 13% der leistungsfreien Versicherten mit 2500er Franchise (Versicherte mit Bruttoleistungen gleich Null im Datensatz) wurde angenommen, dass sie Bruttoleistungen mit Erwartungswert von 625 Franken aufweisen würden, wenn sie die ordentliche Franchise wählen würden.

In den Simulationen der Variante b wurde dem Moral-Hazard-Effekt stärkeres Gewicht gegeben. In dieser Variante wird angenommen, dass bei *allen* Versicherten der Wahlfranchisen

⁷ Vgl. technischer Anhang.

⁸ Bei den Versicherten mit Franchisen 300 und 500 ergab die Auswertung der SGB keinen Bedarf nach Ergänzung, da die Zahl der leistungsfreien Versicherten gemäss Umfrage sogar etwas höher liegt als im Datensatz.

1000, 1500, 2000 und 2500 fehlende Leistungen ergänzt werden müssen. Das bedeutet, alle Versicherten, die heute eine höhere Franchise haben, würden Gesundheitsleistungen beziehen, wenn sie bloss die ordentliche Franchise hätten. In der weitestgehenden Annahme (Simulation 5b) wurde somit für die 50 Prozent Versicherte mit Franchise 2500, die im Datensatz keine Leistung aufweisen, ein durchschnittlicher Leistungsbezug von 1250 Franken angenommen.

Die Ergänzungen der Leistungen in den Modellen führen dazu, dass die hypothetischen Bruttoleistungen im Durchschnitt ansteigen (vgl. Tabelle 3). Die Ergebnisse der Simulationen sind in Tabelle 4 dargestellt. Das Modell 3a erachtet das BAG als diejenige Simulation, die der Realität am nächsten kommen dürfte. Die anderen Simulationen illustrieren, dass sich die Resultate aber selbst dann nicht wesentlich ändern, wenn extremere Annahmen getroffen werden. Es zeigt sich, dass die ermittelten Rabatte für die Franchise 2500 in allen Varianten (Modelle 3a bis 5b) geringer ausfallen, als die Rabatte, die dem Vorschlag zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung zu Grunde liegen. Bei der Franchise 1500 ergibt sich bloss im extremen Modell 5b ein geringfügig höherer Rabatt. Bei der Franchise 500, wo der Rabatt gemäss Vorschlag nicht angepasst werden soll, ist dies in zwei Modellen (4b und 5b) der Fall.

Tabelle 2 Statistik der verwendeten Daten

Franchise	Anzahl Versicherte	Anteil Versicherte ohne Bruttoleistungen	Anteil Versicherte ohne Nettoleistungen	Durchschnittliche Bruttoleistungen	Anteil Personen ohne Arztbesuch in SGB
300	2'564'512	10%	18%	5'719	12%
500	968'483	14%	29%	4'530	15%
1000	299'739	29%	66%	1'925	21%
1500	833'082	38%	81%	1'325	29%
2000	239'959	44%	89%	904	32%
2500	1'033'299	50%	92%	813	35%
TOTAL	5'939'074	24%	47%	3'669	21%

Tabelle 3 Bruttoleistungen pro Jahr und Versicherte, original und ergänzt (hypothetisch)

Franchise	Rohdaten	Simulation					
		3a	4a	5a	3b	4b	5b
300	5'719	5'719	5'719	5'719	5'719	5'719	5'719
500	4'530	4'530	4'530	4'530	4'530	4'530	4'530
1000	1'925	2'002	2'027	2'079	2'057	2'100	2'188
1500	1'325	1'467	1'518	1'615	1'580	1'665	1'835
2000	904	1'138	1'218	1'372	1'296	1'426	1'688
2500	813	1'106	1'203	1'397	1'332	1'504	1'851
TOTAL	3'669	3'753	3'782	3'838	3'818	3'867	3'966

Tabelle 4 Rabatte und ermittelte risikobereinigte Einsparungen in Franken pro Jahr und Versicherte

Wahlfranchise	Maximalrabatt		Berechneter Rabatt gemäss Simulation					
	geltendes Recht	Entwurf KVV	Leistungsfreie Versicherte nach SGB, Anteile gem. Franchisen 10%/14%/21%/29%/31%/36%			Keine leistungsfreien Versicherte bei Franchisen 1000, 1500, 2000, 2500		
			3a	4a	5a	3b	4b	5b
	heute	neu						
500	140	140	126	129	134	137	144	155
1500	840	720	603	624	664	633	668	740
2500	1'540	1'100	928	950	1'000	958	996	1'080

7 Beurteilung der Ergebnisse und Resumé

Seit Einführung der Wahlfranchisen mit dem Inkrafttreten des neuen KVG 1996 wurden die Ausgestaltung der Wahlfranchisen und die zulässigen maximalen Rabatte mehrmals angepasst. Seit 2014 hat das BAG erstmals die Möglichkeit, anhand eines Einzeldatensatzes der KVG Versicherten die Prämienrabatte bei Wahlfranchisen genauer zu ermitteln. Dabei ist zu beachten, dass der vom BAG berechnete versicherungsmässig erforderliche Rabatt nur die risikobereinigten Einsparungen der Leistungskosten, die auf die einzelnen Wahlfranchisen zurückzuführen sind, berücksichtigen soll. Die aufgrund von fehlenden Rechnungen unvollständigen Leistungsdaten sowie die aufgrund der höheren Kostenbeteiligung nicht nachgefragten Leistungen werden mittels Schätzungen berücksichtigt. Die Simulationen haben ergeben, dass der heutige Maximalrabatt bei den hohen Franchisen zu hoch ist und dass der neue Rabatt unter verschiedenen Annahmen der Leistungsergänzung adäquat ist.

Das Ergebnis, dass der Rabatt in Prozent des eingegangenen Risikos mit zunehmender Höhe der Franchise sinkt, ist ökonomisch relativ einfach zu erklären, wenn man die Rabatte der Franchisen von 1500 und von 2500 miteinander vergleicht. Bis anhin lag der Rabatt für die Franchise von 1500 Franken bei 840 Franken. Mit einer Erhöhung der Franchise um 1000 Franken konnte der Rabatt um 700 Franken erhöht werden. Bereits bei einer Franchise von 1500 Franken zahlt der Versicherer bei 81 Prozent seiner Versicherten keine Leistungen. Bei diesen 81 Prozent ist bei einer Erhöhung der Franchise somit mit keinen Einsparungen zu rechnen. Es ist deshalb wenig wahrscheinlich, dass sich die höhere Kostenbeteiligung sowie der Moral-Hazard-Effekt bei den restlichen 19 Prozent der versicherten derart stark auswirken, dass die Prämie aller Versicherten im Durchschnitt um 700 Franken ermässigt werden können. Mit dem neuen Vorschlag beläuft sich der Rabatt bei der 1500er Franchise noch auf 720 Franken, bei der 2500er Franchise auf 1100 Franken, d. h. die durchschnittliche Einsparung bei einer Erhöhung der Franchise um 1000 Franken (von 1500 auf 2500 Franken) beträgt noch 380 Franken, was im Lichte der obigen Überlegung weiterhin relativ hoch erscheint, aber doch realistischer ist.⁹

Aufgrund der Ergebnisse des BAG liesse sich selbst eine stärkere Kürzung der Rabatte rechtfertigen. Die Unsicherheiten, die mit jeglichen Berechnungen verbunden sind, und die Tatsache, dass die Verordnung einen Maximalsatz festlegt, wurden bei der Festlegung der Rabatte gemäss Vorschlag jedoch ebenfalls berücksichtigt.

⁹ Dies stimmt mit der Erkenntnis von Trottmann, Zweifel und Beck (2011) überein, dass oberhalb der Franchise 1000 Franken der Moral-Hazard-Effekt keine zusätzliche Rolle mehr spielt. Zu berücksichtigen wäre damit einzig der Effekt der höheren Kostenbeteiligung.

Anhang

1. Bezeichnungen

Für die folgenden Überlegungen gelten folgende Bezeichnungen:

b = Bruttoleistungen (Bruttokosten)

k = Kostenbeteiligung

l = Nettoleistungen (d.h. Bruttoleistungen abzüglich Kostenbeteiligung)

f = Franchise

n = Anzahl Versicherte

Mit Stern (*) bezeichnet sind die Werte, wie sie im verfügbaren Datensatz (allenfalls Sample) enthalten sind, ein Dach (^) bezeichnet Schätzungen. Grossbuchstaben bezeichnen die Summe über alle Versicherten.

2. Beziehungen

Die Beziehung $l \equiv b - k$ gilt per definitionem, deshalb werden im Datensatz auch nur Bruttoleistungen und Kostenbeteiligung erhoben. Es sei somit $l^* \equiv b^* - k^*$. Da der Versicherer zum Zeitpunkt des Datenabzugs womöglich noch nicht über alle Rechnungen des Behandlungsjahres verfügt hat, werden die effektiv zu bezahlenden Leistungen (l) grösser ausfallen als l^* , der Unterschied wird aber im Folgenden vernachlässigt, d. h. es wird angenommen, dass $l \cong l^*$.

Die Kostenbeteiligung ist eine Funktion der Bruttoleistungen. Im *Normalfall* gilt:

$$k = \begin{cases} b, & b \leq f \\ f + 10\% \cdot (b - f), & f < b \leq f + 7000 \\ f + 700, & b > f + 7000 \end{cases}$$

Ausnahmen sind Leistungen, die von der Kostenbeteiligung befreit sind (dort gilt in jedem Fall $k = 0$ und somit $l = b$, d. h. namentlich bei Leistungen bei Mutterschaft) sowie solche mit einem erhöhten Selbstbehalt von 20% (Originalpräparate, bei denen Generika zu Verfügung stehen, sofern der Preisunterschied entsprechend hoch ist).¹⁰ Umgekehrt ist in der Kostenbeteiligung auch der Beitrag an den Spitalaufenthalt (15 Fr. pro Person) enthalten. Das heisst, eigentlich gilt die obige Funktion nur, wenn bei b und k jeweils der Beitrag $15 \cdot t$ abgezogen würde, wobei t die Zahl der in Rechnung gestellten Spitaltage bezeichnet.

In einem ersten Schritt war zu prüfen, inwiefern die obige Beziehung in den beobachteten Daten (d.h. mit b^* und k^*) gilt, d.h. es wurde folgende Variable gebildet

$$\widehat{k^*} = \begin{cases} b^*, & b^* \leq f \\ f + 10\% \cdot (b^* - f), & f < b^* \leq f + 7000 \\ f + 700, & b^* > f + 7000 \end{cases}$$

und mit den beobachteten Werten zur Kostenbeteiligung k^* verglichen. Der Vergleich hat deutlich gemacht, dass die Unterschiede insbesondere bei hohen Leistungen relativ gross sind, was nicht zuletzt auf die Vernachlässigung des Spitalkostenbeitrag zurückzuführen war.

¹⁰ Bei Kindern ist zu berücksichtigen, dass der maximale Selbstbehalt 350 Franken beträgt. In Sonderfällen (bei drei oder mehr Kindern einer Familie) sind die Regeln komplizierter. Die vorliegende Darstellung beschränkt sich auf die Erwachsenen.

Im folgenden wurde aus diesem Grund die Zahl der Spitaltage mit folgender Formel geschätzt:

$$\hat{t} = \min \left\{ \max \left\{ \frac{k^* - \widehat{k}^*}{15}; 0 \right\}; 365 \right\}$$

Bei den Bruttoleistungen und bei der Kostenbeteiligung wurde sodann bei b und k jeweils $15 \cdot \hat{t}$ substrahiert. Fälle, die nach diesen Bereinigungen immer noch starke Abweichungen auswiesen wie auch alle unterjährigen Fälle wurden sodann aus dem Sample ausgeschlossen. Dieses umfasste am Ende 5'939'074 erwachsene Versicherte (91 % des Bestandes).

3. Schätzung der effektiven Bruttoleistungen (b)

Aus obigem ergibt sich, dass k und damit auch l eine Funktion von b sind. Das heisst aber auch, dass mit einer guten Schätzung für b beliebige Simulationen für verschiedene Arten der Kostenbeteiligung und Franchisemodelle möglich sind. Die einfachste Annahme besteht darin, dass die erhobenen Bruttoleistungen vollständig sind, d. h. $\hat{b} = b^*$. Das Problem mit dieser Annahme besteht darin, dass Versicherte bei Leistungen, die im System des Tiers garantiert abgerechnet werden, möglicherweise dem Versicherer nur dann Rechnungen einschicken, wenn sie die Franchise übersteigen, d. h. wenn gilt: $b > f \Rightarrow l > 0$. In allen anderen Fällen, d. h. wenn $l \cong l^* = 0$, wird b eventuell um einen Wert x unterschätzt, wobei $0 \leq x < f - b^*$ angenommen werden kann. Vergleichbar ist die Problematik, dass die Bruttoleistung aufgrund des Moral-Hazard-Effekts ihrerseits von der Höhe der Kostenbeteiligung abhängt. Auch hier ist der Effekt nahezu ausschliesslich im Bereich unterhalb der Franchise zu erwarten.¹¹ Aus diesem Grund und weil eine separate Modellierung schwierig ist, wird der Moral-Hazard-Effekt gemeinsam mit den fehlenden Daten zur Kostenbeteiligung analysiert.

Auf diese Weise kann eine Schätzung für die Bruttoleistungen folgendermassen definiert werden:

$$\hat{b} = \begin{cases} b^* + x, & l = 0 \\ b^*, & l > 0 \end{cases}$$

Die Herausforderung besteht darin, ein sinnvolles Modell für die Variable x zu finden. Um die Zahl der fehlenden Rechnungen zu ermitteln, kann die Zahl der Arztbesuche, die die Befragten in der SGB angaben, nach Franchisehöhe verwendet werden. Der Anteil der Antwortenden, die angibt, keinen Arztbesuch gemacht zu haben, entspricht dann gerade dem Anteil der Datensätze, bei dem $x = 0$ gesetzt wurde (in der entsprechenden Franchiseklasse).

Aus der Gesundheitsbefragung kann für jede Franchisestufe errechnet werden, wie hoch der Anteil der Personen ist, die im letzten Jahr keinen Arztbesuch hatten. Danach wurde die Anzahl leistungsfreier Versicherten mittels einer binomialverteilten Zufallsvariablen reduziert.

Dabei bezeichnet:

$$P = 1 - \frac{\text{Anteil Befragte ohne Arztbesuch gemäss SGB}}{\text{Anteil Versicherte ohne Bruttoleistungen gemäss Datensatz}}$$

die Wahrscheinlichkeit, dass der Versicherte effektiv Leistungen bezogen hat, obwohl keine Leistungen im Datensatz erfasst sind.

¹¹ An sich unterscheidet sich die Kostenbeteiligung zusätzlicher Leistungen aufgrund des Selbstbehalts sowie dessen Maximum auch im Bereich zwischen 7300 und $7000 + f$. Der damit verbundene Unterschied in der Anreizwirkung ist jedoch klein und werden im Folgenden vernachlässigt.

Angenommen, der Anteil Befragter mit Franchise 1500, die angeben, in den vergangenen 12 Monaten keinen Arzt aufgesucht zu haben, liege bei 30%. Gleichzeitig weisen 60% der Versicherten mit Franchise 1500 im Datensatz keine Nettoleistungen und 40% (also zwei Drittel davon) auch keine Bruttoleistungen auf. Bei einem Viertel ($1 - 30\%/40\%$) der Versicherten mit $b^* = 0$ (also insgesamt bei 10% der Versicherten) müssen damit die Leistungen erhöht werden. Es wurde die Annahme $x = a(f - b^*)$ gesetzt, wobei a einer Beta-Verteilung folgt, beispielsweise $Be(1; 3)$ mit Mittelwert $\frac{1}{4}$ (das heisst, dass im Mittel nicht bezogene bzw. nicht gemeldete Leistungen von 375 Franken im Datensatz ergänzt wurden).¹² Bei den restlichen 20% Versicherten, die keine Nettoleistungen, jedoch Bruttoleistungen haben, werden die Leistungen mit $x = a(f - b^*)$ erhöht, wobei a der gleichen Verteilung folgt wie oben beschrieben, d. h. man nimmt an, dass ein Viertel der Differenz von Franchisehöhe und gemeldeten Leistungen nicht erfasst worden sind. In diesem Beispiel werden somit bei insgesamt 30% aller Versicherten mit Franchise 1500 zusätzliche Leistungen ergänzt.

4. Berechnung des versicherungsmässig erforderlichen Prämienrabatts

Liegt einmal eine Schätzung der effektiven Bruttoleistungen für jeden Versicherten vor, kann, wie erläutert, ein beliebiges Franchisemodell berechnet werden:

$$\widehat{k}_f = \begin{cases} \widehat{b}, & \widehat{b} - 15\hat{t} \leq f \\ f + 10\% \cdot (\widehat{b} - 15\hat{t} - f) + 15\hat{t}, & f < \widehat{b} - 15\hat{t} \leq f + 7000 \\ f + 700 + 15\hat{t}, & \widehat{b} - 15\hat{t} > f + 7000 \end{cases}$$

Man kann dann einmal die geschätzte Kostenbeteiligung bei einer für alle gültigen Franchise von 300 berechnen und damit ermitteln, welche Nettoleistungen sich ergäben, wenn alle die Franchise von 300 hätten: $\hat{l}_{300} = \widehat{b} - \widehat{k}_{300}(\widehat{b})$. Dies kann für höhere Franchisen wiederholt werden. Die Werte können über alle Versicherten summiert und in Beziehung gesetzt werden. Die Division ergibt eine Schätzung für den risikobereinigten Prämienrabatt in Prozent, die Differenz geteilt durch die Zahl der Versicherten den risikobereinigten Rabatt in absoluten Werten:

$$r = \frac{\widehat{K}_{2500} - \widehat{K}_{300}}{\widehat{B} - \widehat{K}_{300}}$$

bzw. absolut:

$$\tilde{r} = \frac{\widehat{K}_{2500} - \widehat{K}_{300}}{n}$$

¹² Die Beta-Verteilung bietet sich an, da sie allen (Anteils-)Werten zwischen 0 und 1 Wahrscheinlichkeiten zu ordnet. Je nach gewählter Parametrisierung ergeben sich sehr unterschiedliche Dichten. Der Erwartungswert der Beta(c; d)-Verteilung ist $c/(c+d)$. Sinnvolle Parametrisierungen ergeben sich mit $d > 1$ und $d \geq c$.