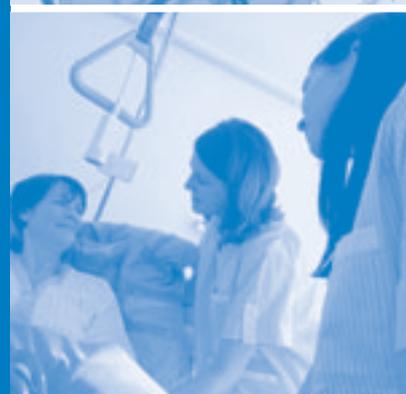


Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung

Kostenbeteiligung

Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt



BAG OFSP UFSP SFOPH

Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung

Kostenbeteiligung

Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt

Arbeitsgruppe «Kostenbeteiligung»
Heinz Schmid

April 2003

Das Bundesamt für Gesundheit veröffentlicht in seiner Reihe «Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung» konzeptionelle Arbeiten und Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Gesundheit wieder.

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit
Publikationszeitpunkt: September 2005
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –
unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares
an das Bundesamt für Gesundheit.

Weitere Informationen: BAG, Direktionsbereich Kranken- und
Unfallversicherung, Adrian Schmid, Telefon +41 (0)31 322 90 97
adrian.schmid@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch

Bezugsquelle: BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

BBL-Artikelnummer: Form. Nr. 316.706
BAG-Publikationsnummer: BAG KUV 9.05 500 kombi 60EXT05001

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Avant-propos	2
Prefazione	3
Foreword	4
Zusammenfassung	5
Résumé	13
Riassunto	21
Summary	29
1 Ausgangslage	35
1.1 Auftrag des Bundesrates ⁵	35
1.2 Auftrag des EDI bzw. BSV an das Teilprojekt «Kostenbeteiligung» (KOBE)	35
1.2.1 Ausgangslage	35
1.2.2 Kostenbeteiligung	35
1.2.3 Besonderes	36
1.2.4 Auftrag an alle Teilprojekte	36
1.2.5 Entscheide der Steuergruppe zum Gesamtprojekt ⁸	37
1.2.6 Entscheide der Steuergruppe zum Teilprojekt Kostenbeteiligung	37
1.3 Auftragsanalyse	38
2 Problemstellung und Zielsetzung	39
2.1 Definition der Kostenbeteiligung	39
2.1.1 Definition «Kostenbeteiligung» nach KVG	39
2.1.2 Allgemeinere Definition «Kostenbeteiligung» ¹⁰	39
2.2 Zweck der Kostenbeteiligung	40
2.3 Hauptvarianten der Kostenbeteiligung	40
2.4 Mögliche Definitionen des massgebenden Behandlungsspektrums	41
2.5 Elemente der Kostenbeteiligung	41
2.6 Ökonomische Funktion der Kostenbeteiligung:	41
2.7 Sozialpolitische Überlegungen	42
2.8 Kostenbeteiligung nach KVG und KVV	43
2.8.1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) 832.10	43
2.8.2 Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) 832.102	44
3 Vorgehen	48
3.1 Arbeitsgruppe «Kostenbeteiligung	48
3.2 Phasenplan	48
3.3 Grundlagen	49
3.3.1 KVG, KVV und parlamentarische Vorstösse	49
3.3.2 Statistiken des BSV	50
3.3.3 Daten der grossen Krankenversicherer des Jahres 2001	50
3.3.4 AHV Einkommen der Jahre 1998-2000 nach Alter	50
3.3.5 Einkommens- und Verbrauchserhebung 1998 des BfS	51

3.3.6	Information der EStV über die Abzugsmöglichkeiten von Krankheitskosten	51
3.3.7	Statistiken mit altersabhängigen Steuerdaten von Bund und Kantone	52
3.3.8	Datenschutz	52
3.4	Modellrechnungen	53
3.4.1	Grundsätzliches	53
3.4.2	Wahl der optimalen Franchise	53
3.4.3	Vergleich von Kostenbeteiligungsvarianten	56
3.4.4	Struktur der Erkrankten und deren Behandlungskosten	57
3.4.5	Struktur der AHV Einkommen	57
3.4.6	Struktur der Einkommens- und Verbrauchserhebung 1998 (EVE 98)	58
3.4.7	Konkrete Modellrechnungen	59
3.5	Einfluss von Kostenbeteiligungen auf das Verhalten der Versicherten	62
3.5.1	Allgemeine Überlegungen	62
3.5.2	Rechenbeispiel	65
3.5.3	Ausländische Untersuchungen	66
3.6	Internationaler Vergleich	67
3.6.1	Grundsätzliches	67
3.6.2	Regelungen für Kostenbeteiligungen	67
3.6.3	Befreiungsregelungen	68
3.6.4	Leistungsorientierte Kostenbeteiligungen	68
4	Realisierbare Modelle	71
4.1	Definition der Varianten und Modellrechnungen	71
4.2	Analyse der Stärken und Schwächen der Modelle	91
4.3	Analyse der Auswirkungen der Varianten	101
4.4	Analyse der Auswirkungen der Varianten auf chronisch Kranke (Abfederung)	105
4.5	Umsetzung der Varianten in der Gesetzgebung (KVG, KVV, Kantone)	106
4.6	Erste Stellungnahmen der Organisationen/Verbände/Behörden	106
4.7	Persönliche Empfehlung des Experten «Kostenbeteiligung»	110
5	Verworfenne Modelle (mit Begründung)	113
6	Rahmenbedingungen	115
6.1	Zusammenwirken mit den anderen Teilprojekten und dem Risikoausgleich	115
6.2	Welche weiteren Massnahmen müssen umgesetzt werden ?	117
7	Besonderes	119
7.1	Detailauswertungen in Tabellenform und als Grafiken	119
7.2	Visualisierung der Ergebnisse mittels Grafiken	119
8	Auftragserfüllung	120
8.1	Übergeordnetes Projektziel	120
8.2	Auftrag Teilprojekt «Kostenbeteiligung»	120
A	Anhang	125

Vorbemerkung I

Personenbezogene Begriffe wie Versicherter, Erkrankte, Arzt, Leistungserbringer, Prämienzahler, Chroniker, Rentner, Patient, Kostenverursacher etc. beziehen sich im nachfolgenden Text immer auf Männer und Frauen, d.h. auf beide Geschlechter.

Trotzdem hat die Arbeitsgruppe gewünscht, im Sinne eines Kompromisses, überall dort wo «Arzt» selbständig oder als Endung in einer Kombination (z. B. Ombudsarzt) vorkommt, die weibliche Form zu wählen ist. Kommt «Arzt» nicht am Schluss eines zusammengesetzten Begriffes vor (z. B. Hausarztmodell, Arztbesuch) soll die männliche Form verwendet werden.

Vorbemerkung II

Verantwortlich für den Inhalt des Schlussberichtes «Kostenbeteiligung» und für die Redaktion ist der Experte und Teilprojektleiter Prof. Dr. Heinz Schmid.

Fachlich wurde er von einer Arbeitsgruppe begleitet.

Der Teilprojektleiter dankt allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe für die aktive und konstruktive Mitarbeit.

Für Zeiten des Aufbruchs

Aufbruchstimmung herrschte. Damals im Frühjahr 2002. Der Bundesrat hatte sich zur Klausursitzung in die Thurgauer Kartause Ittingen zurückgezogen und über den Stand und die Zukunft des Krankenversicherungsgesetzes KVG beraten. Seine Diagnose: Das KVG habe sich «grundsätzlich bewährt», allerdings wolle er «kostendämpfende Massnahmen noch vermehrt fördern». Für die Weiterentwicklung der Krankenversicherung beschloss der Bundesrat einen Etappenplan. Unter anderem wurde das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beauftragt, längerfristige Reformschritte vorzubereiten – mit dem Ziel, die Grundlagen für eine spätere dritte Teilrevision des KVG zu schaffen. Konkret erhielt EDI vom Bundesrat den Auftrag,

- realisierbare Modelle für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bei den Ärzten und allenfalls Spitätern und für die monistische Spitalfinanzierung vorzulegen, wobei die Grundversorgung garantiert bleiben soll;
- zu prüfen, wie Managed-Care-Modelle mit geeigneten Anreizsystemen gefördert werden können und entsprechende Vorschläge zu unterbreiten;
- Vorschläge für die Steuerung der Nachfrage durch eine modifizierte Kostenbeteiligung (einkommensabhängige Franchise bzw. Kostenbeteiligung; nach medizinischer Leistung differenzierter Selbstbehalt) auszuarbeiten, deren ökonomische Anreizwirkung zu analysieren und dem Bundesrat vorzulegen.

Im Verlauf der Arbeiten wurden die «Finanzierung der Pflege» sowie das übergreifende Thema «Überprüfung Risikoausgleich» als Teilprojekte integriert.

Entstanden sind im Rahmen des Gesamtprojektes «Grundlagen 3. KVG-Teilrevision» innert Jahresfrist sechs fundierte Berichte von ausgewiesenen Experten ihrer Materie:

- «Monistische Spitalfinanzierung»: Robert E. Leu, Volkswirtschaftliches Institut der Universität, Bern
- «Kontrahierungszwang», Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen, Zürich;
- «Managed Care», Markus Moser, Juristischer Berater im Gesundheitswesen, Niederwangen;
- «Kostenbeteiligung», Heinz Schmid, Versicherungsmathematiker, Biel-Benken;
- «Finanzierung der Pflege»: Rolf Iten und Stephan Hammer Büro Infrac, Zürich;
- «Risikoausgleich»: Stefan Spycher, Büro Bass, Bern

Nachdem der Nationalrat in der Wintersession 2003 die 2. KVG-Revision abgelehnt hatte, wurden die Arbeiten an der 3. KVG-Revision abgebrochen – insbesondere die Analyse von neuen Gesamtmodellen, die sich aus den Einzelvorschlägen der Experten ergaben. Verloren gingen die Ideen damit aber nicht: Das EDI beschloss Anfang 2004, in der Neuauflage der KVG-Revision die ausformulierten Vorschläge der 2. Revision zurückzugreifen und zum Teil mit neuen Elementen zu ergänzen, die sich aus den Vorarbeiten zur 3. Revision ergaben.

Der Inhalt der sechs Expertenberichte ist breit und sprengt den Rahmen des politisch Machbaren. Doch das Wissen, die Analysen und die Ideen müssen der Fachwelt zugänglich bleiben. Für viele Jahre. Immer wieder, wenn Aufbruchstimmung herrscht.

Hans Heinrich Brunner
Vizedirektor BAG

En temps de renouveau

Un vent de renouveau soufflait. C'était au début de l'année 2002. Le Conseil fédéral s'était alors retiré dans la Chartreuse d'Ittingen (canton de Thurgovie) pour une séance spéciale, afin d'évaluer la situation concernant la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et envisager son avenir. Son diagnostic : la LAMal a fait ses preuves mais le Conseil fédéral souhaiterait renforcer davantage les mesures de maîtrise des coûts. Il a alors décidé de concevoir un plan progressif pour améliorer le système de l'assurance-maladie. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a notamment été chargé de prévoir une réforme par étapes à long terme et ce, dans le but de préparer les bases d'une troisième révision de la LAMal. En clair, le Conseil fédéral a mandaté le DFI afin qu'il :

- propose des modèles réalisables pour la suppression de l'obligation de contracter pour les médecins et les hôpitaux ainsi que pour le financement moniste des hôpitaux, cadre dans lequel les soins de base continuent à être garantis,
- examine comment les modèles de réseaux de soins intégrés peuvent être encouragés au moyen de systèmes incitatifs appropriés et qu'il soumette des propositions en conséquence,
- formule des propositions concernant le contrôle de la demande, par une participation aux coûts modifiée (franchises établies en fonction du revenu ou de la participation aux coûts ; quote-part différenciée en fonction de la prestation médicale), qu'il analyse la rentabilité de leur effet incitatif et les soumette au Conseil fédéral.

Les projets partiels « financement des soins » et « examen de la compensation des risques » se sont rajoutés au cours des travaux.

En un an, six rapports ont été rédigés par des experts qualifiés dans le cadre du projet global « Bases de la troisième révision partielle de la LAMal » :

- « Financement hospitalier moniste », Robert E. Leu, Institut d'économie politique, Université de Berne
- « Obligation de contracter », Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen, Zurich
- « Réseau de soins intégrés » (Managed Care), Markus Moser, conseiller juridique en matière de santé publique, Niederwangen
- « Participation aux coûts », Heinz Schmid, actuaire, Biel-Benken
- « Financement des soins », Rolf Iten et Stephan Hammer, Bureau Infrac, Zurich
- « Compensation des risques », Stefan Spycher, Bureau Bass, Berne

Après que le Conseil national a refusé la deuxième révision de la LAMal lors de la session d'hiver en 2003, les travaux engagés pour la troisième révision ont été interrompus, en particulier l'analyse des nouveaux modèles globaux issus des propositions faites par chaque expert. Mais les idées ont été conservées : le DFI a décidé, début 2004, de reprendre les propositions formulées dans le cadre de la deuxième révision pour la nouvelle édition de la révision de la LAMal et de les compléter par de nouveaux éléments provenant des travaux préparatoires de la troisième révision.

Le contenu des six rapports d'experts est étendu et sa mise en pratique n'est pas réalisable au plan politique. Mais les connaissances, les analyses et les idées doivent cependant continuer à faire partie du monde des spécialistes. Pour de longues années, à chaque fois qu'un vent de renouveau soufflera.

Hans Heinrich Brunner
Vice-directeur OFSP

In attesa del grande cambiamento

Allora, nel febbraio 2002, l'atmosfera era quella che preannuncia un rivolgimento. Il Consiglio federale si era ritirato in clausura nell'ex monastero certosino Kartause di Ittigen per discutere in merito alla legge sull'assicurazione malattie (LAMal) e al suo futuro. La sua diagnosi: la LAMal «in linea di principio ha dato buona prova», tuttavia il Consiglio federale intende «promuovere maggiormente le misure volte ad arginare i costi». Per progredire nello sviluppo dell'assicurazione malattie, il Consiglio federale ha deciso un piano a tappe. Tra l'altro, il Dipartimento federale dell'interno (DFI) è stato incaricato di dare avvio ai lavori preparatori a lunga scadenza in vista della riforma, allo scopo di elaborare le basi per una futura terza revisione della LAMal. Concretamente il DFI è stato incaricato dal Consiglio federale di:

- presentare modelli attuabili per la soppressione dell'obbligo di contrarre per i medici ed eventualmente gli ospedali e per il finanziamento ospedaliero monistico, senza tuttavia rinunciare alla garanzia delle cure di base;
- verificare la possibilità di promuovere modelli managed care con adeguati sistemi di incentivo e presentare proposte in tale senso;
- elaborare delle proposte per il controllo della domanda mediante una modifica del principio della partecipazione ai costi (franchigia proporzionale al reddito e partecipazione ai costi; aliquota percentuale differenziata secondo la prestazione medica), analizzare gli effetti dell'incentivo economico e presentarne i risultati al Consiglio federale.

Nel corso dei lavori, sono stati integrati come sottoprogetti l'aspetto del «finanziamento delle cure» e il tema trasversale dell'«esame della compensazione dei rischi».

Nell'ambito del progetto globale «Aspetti fondamentali della 3a revisione parziale della LAMal», nell'arco di un anno, sono stati stesi da comprovati esperti in materia sei rapporti consolidati:

- «Monistische Spitalfinanzierung»: Robert E. Leu, Volkswirtschaftliches Institut der Universität, Berna;
- «Kontrahierungszwang», Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen, Zurigo;
- «Managed Care», Markus Moser, Juristischer Berater im Gesundheitswesen, Niederwangen;
- «Kostenbeteiligung», Heinz Schmid, Versicherungsmathematiker, Biel-Benken;
- «Finanzierung der Pflege»: Rolf Iten und Stephan Hammer Büro Infrac, Zurigo;
- «Risikoausgleich»: Stefan Spycher, Büro Bass, Berna.

In seguito al rigetto della 2a revisione della LAMal da parte del Consiglio nazionale, nella sessione invernale 2003, sono stati interrotti i lavori della 3a revisione, in particolare l'analisi di nuovi modelli di finanziamento usciti dalle singole proposte degli esperti. Ma questo colpo di freno non ha cancellato le idee: il DFI, all'inizio del 2004, ha deciso di riprendere nel nuovo testo di revisione della LAMal le proposte formulate nell'ambito della 2a revisione e, in parte, di completarle con nuovi elementi scaturiti dalla 3a revisione.

Il contenuto dei sei rapporti peritali è ampio e supera i limiti di quanto è politicamente realizzabile. Tuttavia non dobbiamo precludere agli specialisti l'accesso alla conoscenza, alle analisi e alle idee. E questo per anni e anni, perché è sempre tempo di iniziare un nuovo cammino.

Hans Heinrich Brunner
Vicedirettore dell'UFSP

For times when change is in the air

Change was in the air, back in the spring of 2002. The Federal Council had withdrawn to the former Carthusian monastery of Ittingen in the Canton of Thurgau for an off-site session to discuss the status and future of the Health Insurance Act (*KVG*). The Council's diagnosis: The *KVG* had "proved of value, all things considered". However, the Federal Council wanted "to step up efforts to control costs". The Council decided on a plan to further develop health insurance in a series of stages. Among other measures, the Federal Department of the Interior (EDI) was commissioned to prepare long-term reform measures with a view to creating the basis for a subsequent third partial revision of the *KVG*. Specifically, the Federal Council tasked the EDI with

- submitting feasible models for revoking the contracting obligation of health insurance funds vis-à-vis doctors and possibly also hospitals, and for "monistic" funding (i.e. from a single source) of hospitals, while at the same time ensuring the provision of primary health care;
- examining appropriate incentive systems designed to promote managed-care models and submitting corresponding proposals;
- drawing up proposals for controlling demand by means of a modified cost-participation system (income-based annual deductible/contribution to costs; variable service-based deductible depending on the medical service provided), analysing their effectiveness as economic incentives and submitting them to the federal Council.

As the work proceeded, "Financing of nursing care" and the overarching subject of "Review of risk spread" were included as additional sub-projects.

Within a year the general project, "Basis, 3rd Partial Revision of *KVG*", generated six well-substantiated reports by proven experts in their respective subjects:

- "Monistic financing of hospitals": Robert E. Leu, Department of Economics, University of Bern
- "Contracting obligation"; Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen AG, Zurich;
- "Managed Care"; Markus Moser, legal advisor, healthcare sector, Niederwangen;
- "Cost participation"; Heinz Schmid, actuary, Biel-Benken;
- "Financing of nursing care": Rolf Iten and Stephan Hammer, INFRAS, Zurich;
- "Risk spread": Stefan Spycher, BASS, Bern

When the National Council turned down the 2nd Partial *KVG* Revision in the 2003 winter session, work on the 3rd *KVG* Revision was suspended, particularly the analysis of the new global models resulting from the experts' individual proposals. The underlying ideas were not abandoned, however: Early in 2004, the EDI decided that the new version of the *KVG* revision would incorporate proposals formulated in the 2nd Revision, with some being supplemented with new elements derived from the preliminary work on the 3rd Revision.

The six expert reports are wide-ranging in their scope and go way beyond the limits of what is politically feasible. But the know-how, analyses and ideas they contain must remain accessible to specialists. For many years to come, for whenever change is in the air.

Hans Heinrich Brunner
Vice-Director, Swiss Federal Office of Public Health

Zusammenfassung

1 Auftragsanalyse

Der Auftrag des BR bzw. EDI umfasst im wesentlichen drei Grundmodelle, die je in verschiedene Varianten aufgeteilt werden können:

- 1) Einkommensabhängige Kostenbeteiligungen
→ Modelle E I, E II und L I
- 2) Kriterien für eine Abstufung nach medizinischen Leistungen
→ Modelle L I, L II und L III
- 3) Modifikationen der heute geltenden Regelung
→ Modelle K I, K II und K III

Die vertiefte Analyse dieser acht Varianten soll neben den Vor- und Nachteilen auch die Realisierbarkeit sowie die zeitlichen und gesetzgeberischen Anforderungen aufzeigen, um beurteilen zu können, welche Grundmodelle im Rahmen der 3. KVG Teilrevision zur Diskussion gestellt werden sollen. Die Schlussfolgerungen sind, soweit dies die zur Verfügung stehenden Daten zulassen, mit Modellrechnungen und weiteren statistischen Auswertungen zu untermauern.

2 Definition der Kostenbeteiligung

Die «Kostenbeteiligung» setzt sich gemäss KVG Art. 64 aus zwei Komponenten zusammen:

- Fester Jahresbetrag (Franchise): fester Betrag in Franken
- Selbstbehalt: Anteil zu Lasten der erkrankten Person in Prozent der die Franchise übersteigenden Behandlungskosten mit einer maximalen Begrenzung.

und kann wie folgt definiert werden:

Die direkte finanzielle Beteiligung der Versicherten bei der persönlichen Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wird als Kostenbeteiligung¹ bezeichnet. Davon zu unterscheiden sind direkte Käufe von Leistungen und Gesundheitsgütern, wie die Selbstmedikation, für die kein gesetzlicher Leistungsanspruch besteht. Leistungsausgrenzungen, wie etwa durch Negativlisten, führen somit definitorisch zu direkten Käufen, sind also nicht Kostenbeteiligungen.

Zudem leisten die Versicherten einen nach der finanziellen Belastung der Familie abgestuften Beitrag an die Kosten des Aufenthaltes im Spital (Art. 64 Abs. 5 KVG).

3 Zweck der Kostenbeteiligung

- Förderung Kostenbewusstsein der Versicherten und damit Änderung des Verhaltens bezüglich Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen
- Finanzierungskomponente nach dem Verursacherprinzip
- Eindämmung der Zahl der administrativen Bagatellfälle

Neben der ökonomischen Funktion sind auch sozialpolitische Überlegungen zu berücksichtigen.

¹ im Ausland z.T. als Zuzahlung bezeichnet

4 Einfluss von Kostenbeteiligungen auf das Verhalten von Versicherten

Untersuchungen über das Verhalten von Versicherten bei höheren Kostenbeteiligungen sind meistens sehr heikel, weil tendenziell eher die gesunden und in guten wirtschaftlichen Verhältnissen lebende Versicherte eine höhere Kostenbeteiligung wählen.

Von 1974 – 1982 ist in den USA eine gross angelegte Studie (Rand Health Insurance Experiment) mit zufälliger Zuordnung der Versicherten zu unterschiedlichen Kostenbeteiligungsmodellen durchgeführt worden. Zusammenfassend kann festgestellt werden: In diesem Experiment nahm die Inanspruchnahme durch Versicherte mit sehr hoher Kostenbeteiligung gegenüber denjenigen mit kleiner Kostenbeteiligung mengenmässig um ca. 1/3 ab, ohne Verschiebung hin zu einer angemesseneren Praxis. Konsultationen bei Psychotherapeuten und Chiropraktoren nahmen stärker ab. Der Gesundheitszustand bezüglich der untersuchten Indikatoren wurde durch die geringere Inanspruchnahme (abgesehen von zwei Indikatoren: Blutdruck- und Visuskontrolle) nicht beeinträchtigt.

5 Überblick über die eingehend untersuchten Modelle

5.1 Modell E I «Einkommensabhängige Franchise»

Die Kostenbeteiligung besteht aus:

- b) einem festen Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr, der $p\%$ des relevanten Einkommens, mindestens m Franken und maximal M Franken beträgt,
- c) 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt), maximal N Franken.
- d) Die gesamte Kostenbeteiligung pro Familie wird auf $q\%$ des relevanten Einkommens begrenzt.

5.2 Modell E II «Hohe Franchise»

Die Kostenbeteiligung besteht aus:

- a) einem festen Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr von M (3-4'000) Franken für Erwachsene und m Franken für Kinder,
- b) 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt), maximal N (1'000) Franken für Erwachsene und n Franken für Kinder.
- c) Übersteigt die Franchise von M Franken $p\%$ des relevanten Einkommens, kann der Erkrankte die Differenz zu M Franken, maximal $(M - M_1)$ Franken, beim Wohnkanton zurückfordern.
- d) Die gesamte Kostenbeteiligung pro Familie wird auf $q\%$ des relevanten Einkommens begrenzt.

5.3 Modell L I «Franchise pro Ärztin»

Die Kostenbeteiligung besteht aus:

- a) einem festen Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr für Erwachsene von M (300 – 1'000) Franken für die Behandlung bei der ersten «Hausärztin» (Allgemeinpraktiker, Internisten, Pädiater, Gynäkologen) oder im Rahmen eines (anderen) Managed Care Modells sowie beim Bezug von Generika Medikamenten.
- b) einem zusätzlichen festen Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr und Ärztin von m (30 - 200) Franken pro weitere Ärztin, sofern die Erstärztin den Erkrankten an einen Spezialisten überweist .

- c) einem zusätzlichen festen Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr von M (300 – 1'000) Franken sofern der Erkrankte die Ärztin wechselt .
- d) 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt), maximal N (500 – 1'200) Franken für Erwachsene und n (250 -600) Franken für Kinder.
- e) Der Krankenversicherer kann - muss aber nicht - Managed-Care-Modelle anbieten.
- f) Die Mindest- und Maximalbeträge nach lit. a) – d) sind einkommensabhängig:

5.4 Modell L II «Franchise pro Konsultation/Spitaltag»

Die Kostenbeteiligung besteht aus:

- a) einer Franchise von 60 Franken pro Konsultation/Spitaltag und einem Selbstbehalt von 20 % für Mitglieder von alternativen Modellen bzw. 30 % für die übrigen Versicherten, der die Franchise übersteigenden ambulanten und stationären Behandlungskosten.
- b) Die Kostenbeteiligung aus Franchise und Selbstbehalt (lit. a) beträgt maximal 830 Franken pro Jahr für die Mitglieder von alternativen Modellen bzw. 2'100 Franken für die übrigen Versicherten.²
- c) Wechselt der Versicherte freiwillig, d.h. ohne Zuweisung, den Leistungserbringer ausserhalb des alternativen Modells, hat er eine zusätzliche «Wechselfranchise» von 200 Franken zu bezahlen.
- d) Für Kinder beträgt die Franchise 20 Franken pro Konsultation/Spitaltag, die maximale Kostenbeteiligung 300 Franken für Mitglieder von alternativen Modellen bzw. 675 Franken für die übrigen Versicherten und die «Wechselfranchise» 100 Franken.
- e) Der Krankenversicherer kann - muss aber nicht – alternative Versicherungsmodelle anbieten.
- f) Die maximale Kostenbeteiligung für die übrigen Versicherten nach lit. b) wird innerhalb von 3 Jahren nach Inkrafttreten des geänderten KVG von heute 830 Franken auf 2'100 Franken erhöht.

5.5 Modell L III «Managed Care»

Die Kostenbeteiligung besteht aus:

- a) einem festen Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr für Erwachsene von 300 Franken für die Behandlung im Rahmen eines Managed Care Modells und von 600 Franken für die übrigen Behandlungen.
- b) 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) für Behandlungen im Rahmen eines Managed Care Modells, maximal 600 Franken für Erwachsene und 300 Franken für Kinder.
- c) 20 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) für die übrigen Behandlungen, maximal 1'200 Franken für Erwachsene und 600 Franken für Kinder.
- d) Der Krankenversicherer kann - muss aber nicht - Managed-Care-Modelle anbieten.
- e) Hat eine versicherte Person keine Möglichkeit, an seinem Wohnort einem Managed Care Modell beizutreten, gilt die höhere Kostenbeteiligung für Behandlungen ausserhalb eines Managed Care Modells.

² Die Beträge entsprechen den heute maximal möglichen Kostenbeteiligungen für die Basisfranchise von 230 Franken bzw. einer Wahlfranchise von 1'500 Franken

5.6 Modell K I «Status quo plus»

Die Kostenbeteiligung besteht allgemein aus:

- a) einem festen Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr von 300 Franken für Erwachsene,
- b) 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt), maximal 800 Franken für Erwachsene und 400 Franken für Kinder.
- c) Der Versicherte kann freiwillig eine höhere Franchise wählen und erhält einen Prämienrabatt. Die Versicherer können die Prämie für die Versicherung mit wählbaren Franchisen gegenüber der Prämie der ordentlichen Versicherung höchstens um die in der nachfolgenden Tabelle 1 aufgeführten Prozentsätze reduzieren:

Tabelle 1 Parameter der geltenden Kostenbeteiligung

Stufe	Erwachsene		Kinder	
	Franchise in Franken	Prämienreduktion in %	Franchise in Franken	Prämienreduktion in %
1	600	7,3	150	16,7
2	900	13,6	225	23,6
3	1'200	19,0	300	29,5
4	1'500	23,9	375	34,7

- d) Dabei ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass die Reduktion pro Kalenderjahr in Franken nicht höher sein darf als 80 % des von den Versicherten mit der Wahl der höheren Franchise übernommene zusätzliche Risiko sich an den Kosten zu beteiligen.

Dieses Modell entspricht weitgehend dem System der heute bestehenden Kostenbeteiligung mit einer Erhöhung der Frankenbeträge sowie einer vereinheitlichten Abstufung der Wahlfranchisen. Die Wahlfranchisen für die Kinder betragen 25 % der Ansätze für die Erwachsenen und weisen neu ebenfalls vier Stufen auf. Die in der Tabelle angegebenen Prämienreduktionen entsprechen den theoretischen Sätzen und sind für die praktische Anwendung so festzulegen, dass sie für die nächsten fünf Jahre Gültigkeit haben und die zu erwartenden Veränderungen der Kostenstrukturen berücksichtigen.

Dieses Modell benötigt in dieser Form keine Gesetzesänderung. Die Anpassungen sind auf Stufe KVV³ möglich. Differenzierte Kostenbeteiligungen für Managed Care Modelle und/oder leistungsabhängige Komponenten können in dieses Basismodell einbezogen werden.

5.7 Modell K II «Selbstbehalt»

Die Kostenbeteiligung besteht allgemein aus:

- a) s (50) Prozent der Behandlungskosten (Selbstbehalt), maximal N (1'000) Franken für Erwachsene und n (200) Franken für Kinder.
- b) Für Personen in wirtschaftlich schwachen Verhältnissen wird zudem neben der Prämie auch die Kostenbeteiligung für die Prämienverbilligung berücksichtigt.
- c) Wahlfranchisen sind nicht mehr gestattet.

³ Dieses Modell entspricht mit Ausnahme der Prämienrabatte und den vereinheitlichten Wahlfranchisen dem vom EDI am 16.4.03 in die Vernehmlassung geschickten Reformpaket auf Verordnungsstufe und soll per 1.1.2004 in Kraft treten

5.8 Modell «Reformpaket EDI 2004» (K III)

Die Kostenbeteiligung besteht allgemein aus:

- c) einem festen Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr von 300 Franken für Erwachsene,
- d) 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt), maximal 800 Franken für Erwachsene und 400 Franken für Kinder.
- c) Der Versicherte kann freiwillig eine höhere Franchise wählen und erhält einen Prämienrabatt. Die Versicherer können die Prämie für die Versicherung mit wählbaren Franchisen gegenüber der Prämie der ordentlichen Versicherung höchstens um die in der nachfolgenden Tabelle 2 aufgeführten Prozentsätze reduzieren:

Tabelle 2 Parameter der ab 1. Januar 2004 geltenden Kostenbeteiligung

Stufe	Erwachsene		Kinder	
	Franchise in Franken	Prämienreduktion in %	Franchise in Franken	Prämienreduktion in %
1	400	3	-	-
2	600	9	150	21
3	1'200	24	300	37
4	1'500	30	375	43

- d) Dabei ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass die Reduktion pro Kalenderjahr in Franken nicht höher sein darf als 80 % des von den Versicherten mit der Wahl der höheren Franchise übernommene zusätzliche Risiko sich an den Kosten zu beteiligen.

Dieses Modell entspricht der vom EDI vorgesehenen Änderung der KVV per 1. Januar 2004 und stellt eine besondere Variante des allgemeineren Modells K I dar.

6 Beurteilung der verschiedenen Modelle

6.1 Einkommensabhängige Modelle

Die Modelle E I, E II und L I weisen einkommensabhängige Kriterien für die Festsetzung der angemessenen Kostenbeteiligung auf. Unklar ist heute noch die Berechnung des Referenzeinkommens (und ev. Referenzvermögens). Die Angaben über die finanzielle Situation der Erkrankten zählen zu den sensiblen Informationen, die bei jedem Krankheitsfall durch den Krankenversicherer erhoben werden müssten. Die einkommensabhängige Kostenbeteiligung führt zu einer neuen Risikoselektion: Gesunde in guten wirtschaftlichen Verhältnissen. Wahlfranchisen würden in einem einkommensabhängigen Modell kaum noch Sinn machen. Derartige Modellen können höchstens langfristig in Betracht gezogen werden, wenn die vielen noch offenen Fragen der praktischen Durchführbarkeit geklärt sind.

6.2 Leistungsabhängige Modelle

Die Modelle L I, L II und L III weisen leistungsorientierte Kriterien für die Höhe der Kostenbeteiligung auf. Managed Care werden einem begrenzten Kreis von Leistungserbringern geöffnet. Zudem wird die Kostenbeteiligung stark von der Wahl der Leistungserbringer durch den Erkrankten beeinflusst. Wechselt der Versicherte freiwillig den Leistungserbringer, riskiert er zusätzliche Belastungen in Form einer Wechselfranchise oder mit höheren Grenzbeträgen. In der Regel wird für die Versicherten eines Managed Care Modells eine tiefe Kostenbeteiligung und für die übrigen Versicherten eine hohe Kostenbeteiligung festgelegt.

Für die eindeutige praktische Umsetzung sind noch viele Definitionen und Abgrenzungen offen. Das Hauptproblem besteht bei den differenzierten Kostenbeteiligungen darin, dass die resultierenden Prämien grosse Unterschiede aufweisen können. Die Managed Care Modelle mit tiefer Kostenbeteiligung und vermutlich überdurchschnittlich vielen Kranken und Chroniker mit hohen Kosten können kaum günstigere Prämien offerieren als dies für die übrigen Versicherten der Fall ist. Diese weisen eher einen gesünderen Gesamtstatus auf, bezahlen eine hohe Kostenbeteiligung und besitzen erst noch die freie Wahl der Leistungserbringer. Die Risikoselektion nach Gesunden in guten wirtschaftlichen Verhältnissen wird für diese Modelle Tatsache werden. Abhilfe könnte einzig ein modifizierter Risikoausgleich darstellen, der die Versicherten ausserhalb eines Managed Care Modells zu hohen zusätzlichen Solidaritätsbeiträgen zwingt. Damit stellt sich aber die Frage, ob die Versicherung ausserhalb eines Managed Care Modells noch Sinn macht. Ebenfalls zu regeln wäre, unter welchen Bedingungen der Versicherte von einem System in das andere wechseln kann.

Als leistungsabhängige Modelle gelten auch solche, die von der in KVG Art. 64, Abs. 6 vorgesehenen Kompetenz des Bundesrates Gebrauch machen. Diese weiteren Differenzierungsmöglichkeiten können mit Ausnahme der einkommensabhängigen Modelle bei praktisch allen übrigen Modellen zusätzlich einbezogen werden. Für eine konkrete Umsetzung dieser Kompetenz konnte noch kein Konsens für eine diesbezügliche Verordnung gefunden werden. Die Kostenbeteiligung muss für diejenigen Leistungen erhöht werden, deren Ausmass der Versicherte beeinflussen kann und deren Wirksamkeit nicht immer klar ersichtlich ist.

Das Ziel einer tieferen Kostenbeteiligung für Managed Care Versicherte soll es sein, auch chronisch Kranke zum Beitritt in diese Modelle zu bewegen. Bei signifikant höherem Morbiditätsrisiko in diesen Modellen, müssten Quersubventionierungen innerhalb der Krankenversicherer möglich sein. Die Umsetzung dieser Modelle scheint grundsätzlich möglich, obschon noch verschiedene Definitionen und Präzisierungen notwendig sind. Zudem ist auch die Differenzierung der Kostenbeteiligung problematisch, wenn mit Quersubventionen oder verstärktem Risikoausgleich die Prämien für die Managed Care Modelle künstlich tief gehalten werden sollen.

6.3 Modifikation der geltenden Lösung

Die umfangreichen Berechnungen zeigen, dass mindestens die Franken Beträge (Franchise, max. Selbstbehalt, Stufen der Wahlfranchisen) der Kostenentwicklung seit 1996 anzupassen sind. Die Ergebnisse werden unter dem Modell K I zusammengefasst. Zudem sind für die Wahlfranchisen die Prämienrabattsätze zu senken, bzw. die Stufen der Wahlfranchisen neu festzulegen.

Die zur Verfügung stehenden Daten gestatten auch die Berechnung von Modellen ohne Franchise, also von reinen Selbstbeteiligungssystemen, wie sie das Modell K II vorsieht.

Die kurz vor Abschluss des Berichtes veröffentlichten Änderungen der KVV per 1. Januar 2004 werden in einem Modell K III zusammengefasst und kurz kommentiert. Die Umsetzung der im Modell K I bzw. K III vorgesehenen Anpassungen kann kurzfristig auf Stufe Verordnung (KVV) erfolgen. Auch wenn es zutrifft, dass primär die Gesunden höhere Kostenbeteiligungen wählen, und wie die RAND - Studie zeigt auch weniger Brutto-Behandlungskosten aufweisen, sind die Wahlfranchisen beizubehalten, aber der Kostenentwicklung bezüglich Höhe der Franchise und Höhe der Rabattsätze anzupassen. Die Versicherten mit Wahlfranchisen sind bereit grössere Risiken zu übernehmen und werden künftig trotz Prämienrabatt immer noch Deckungsbeiträge zugunsten der Versicherten der Grundversicherung bzw. in Managed Care Modellen leisten. Die Solidaritätsbeiträge dürfen aber nicht zu stark beansprucht werden.

Mit einer raschen Anpassung der heutigen Kostenbeteiligung kann Zeit gewonnen werden für eine vertiefte Analyse der sich stellenden Fragen bei differenzierten Kostenbeteiligungen. In diesen Abklärungen sind die erwarteten Kosteneinsparungen der Managed Care Modelle trotz vermehrtem Übertritt von Kranken und chronisch Kranken in die Managed Care Modelle einerseits und die Wirkung der hohen Kostenbeteiligungen auf die tieferen Behandlungskosten der Versicherten ausserhalb der Managed Care Modelle zu berücksichtigen.

Weiter sind die Steuerungsmöglichkeiten mittels Risikoausgleich im Sinne einer Quersubventionierung zu Gunsten der Managed Care Modelle zu erforschen. Wenn es nicht gelingt, für die beiden Risikogemeinschaften (Mitglieder von Managed Care Modellen und übrige Versicherte) eine vertretbare Balance bezüglich Risikoprämie und Belastung durch Solidaritätsbeiträge zu finden, besteht die Gefahr, dass entweder die Mehrheit der Versicherer nur ein System anbieten wird oder die Versicherten sich nur für ein System (z. B. Managed Care) entscheiden. Die Versicherten sollten aber eine echte und freie Auswahl unter zwei gleichwertigen Systemen haben. Hauptkriterium wird für den einzelnen Versicherten sein, wie hoch für ihn die Summe aus der Risikoprämie, der möglichen maximalen Kostenbeteiligung sowie allfälligen Solidaritätsbeiträgen (ev. in Form des Risikoausgleichs) ausfällt.

Die zu den Modellen K I und K III aufgeführten Kommentare und Berechnungen sollten bereits in die Beratungen für die vorgesehenen Änderungen der KVV per 1. Januar 2004⁴ und die laufenden Beratungen im Parlament zur 2. KVG Revision einfließen.

7 Aktualisierung per 31. Januar 2004

7.1 Entscheid des Parlamentes in der Dezember-Session 2003

Das Parlament hat die vom Bundesrat vorgelegte 2. KVG-Revision definitiv abgelehnt. Dabei stand das Thema «Kostenbeteiligung» nicht im Vordergrund. Umstritten waren die vorgesehenen Bestimmungen betreffend Kontrahierungszwang, Finanzierung der Spitalbehandlung und Pflegeversicherung.

7.2 Neuerungen bei der Kostenbeteiligung per 1. Januar 2004

Auf den 1. Januar 2004 ist die Basisfranchise nach Art. 103/1 KVV von CHF 230 auf CHF 300 angehoben worden.

Dadurch hat sich die Differenz zu den frei wählbaren Franchisen nach Art. 93/1 KVV reduziert. Diesem Umstand hat der Bundesrat mit einer Verkleinerung der Reduktionssätze nach Art. 95/2 KVV Rechnung getragen.

In der Öffentlichkeit ist diese Reduktion der Prämienrabatte bei höheren frei wählbaren Franchisen stark kritisiert worden. Es hat sich gezeigt, dass im Nachgang zur Erhöhung der gesetzlichen Franchise eine Erhöhung der Ansätze für die frei wählbaren Franchisen bei gleich bleibenden Reduktionsfaktoren eher akzeptiert und verstanden worden wäre.

7.3 Weiteres Vorgehen

Es ist kaum realistisch, per 1.1.05 bereits wieder eine Änderung der Kostenbeteiligung in Erwägung zu ziehen. Die übrigen Revisionspunkte wie

- Spitalfinanzierung
- Aufhebung Kontrahierungszwang
- etc.

haben eine deutlich höhere Priorität.

Die Hauptanstrengungen müssen in Richtung Reduktion der Gesamtkosten gemacht werden. Es kann nicht darum gehen, die starken Kostensteigerungen als Tatsache hinzunehmen und sich nur auf die Finanzierung durch Versicherte, Versicherer und öffentliche Hand zu konzentrieren. Die internationalen Vergleiche (z.B. OECD) zeigen immer wieder, dass in der Schweiz die medizinischen Dienstleistungen

⁴ Vernehmlassung zu den vom EDI vorgesehenen Änderungen läuft bis 15.5.03

sehr teuer sind. Verbunden mit einer ebenfalls steigenden Mengenausweitung führt dies zu rasanten Kostenentwicklungen.

Damit sei aber nicht ausgeschlossen, dass im Rahmen eines weiteren KVG-Revisionspaketes auch die Ansätze und ev. das System der Kostenbeteiligung wieder zur Diskussion gestellt werden. Die erkrankten Versicherten müssen neben ihrer Versicherungsprämie vermehrt auch einen Beitrag nach dem Verursacherprinzip leisten. Dazu sind die Franchisen parallel zu den gestiegenen Kosten weiter anzupassen.

Wenn allenfalls wieder einkommensabhängige Franchisen gefordert werden, ist in erster Linie die im Schlussbericht unter dem Abschnitt 4.1.2 definierte Variante E II «Hohe Franchise» zu prüfen, weil sie als einzige der einkommensabhängigen Franchisen auch unter dem Aspekt Datenschutz realisierbar ist.

Résumé

1 Analyse du mandat

Le mandat du CF et du DFI porte principalement sur trois modèles de base qui se prêtent à différentes variantes:

- 1) Participation aux coûts selon le revenu
→ modèles E I, E II et L I
- 2) Critères pour un échelonnement en fonction des prestations médicales
→ modèles L I, L II et L III
- 3) Modifications de la réglementation actuellement en vigueur
→ modèles K I, K II et K III

L'analyse approfondie de ces huit variantes a non seulement pour objectif de dégager les avantages et les inconvénients de chacun des modèles, mais aussi d'indiquer la faisabilité des solutions proposées et de cerner les impératifs de temps ainsi que les contraintes législatives. Il sera ainsi possible de dire quels modèles de base pourront être discutés dans le cadre de la 3^e révision partielle de la LAMal. Dans la mesure où les données disponibles le permettent, les conclusions doivent être étayées au moyen de calculs types et d'autres analyses statistiques.

2 Définition de la participation aux coûts

En vertu de l'article 64 LAMal, la « participation aux coûts » se compose de deux éléments :

- une franchise annuelle : montant fixe en francs ;
- une quote-part : pourcentage, à la charge de l'assuré, des coûts de traitement excédant la franchise ; une limite maximale est prévue.

La participation aux coûts peut être définie comme la participation financière directe des assurés aux prestations d'assurance qu'ils sollicitent¹.

Il convient de faire une différence entre la participation aux coûts et l'achat direct de prestations et de biens de santé pour lesquels la loi ne prévoit aucun droit au remboursement, par exemple l'automédication. L'exclusion de certaines prestations, par exemple de produits figurant sur des listes négatives, constitue donc toujours un achat direct et non des participations aux coûts.

En cas d'hospitalisation, les assurés versent en outre une contribution aux frais de séjour, échelonnée en fonction des charges de famille (art. 64, al. 5 LAMal).

3 Objet de la participation aux coûts

- Sensibilisation des assurés au facteur « coûts » afin d'agir sur la propension des assurés à solliciter des prestations médicales
- Part de financement fondée sur le principe du consommateur-payeur
- Limitation du nombre des cas bénins au niveau administratif

¹ A l'étranger, il est parfois question de paiements supplémentaires.

L'aspect économique n'est pas seul en jeu; des considérations sociopolitiques doivent également être prises en compte.

4 Impact de la participation aux coûts sur le comportement des assurés

Les études consacrées au comportement des assurés en cas d'augmentation de la participation aux coûts sont généralement peu représentatives car ce sont principalement les assurés en bonne santé et sans soucis financiers qui choisissent une participation aux coûts plus élevée.

Une vaste étude (Rand Health Insurance Experiment) avec attribution aléatoire des assurés à différents modèles de participation aux coûts a été effectuée aux Etats-Unis pour la période 1974 - 1982. Il en est ressorti que, par rapport aux assurés avec une faible participation aux coûts, la sollicitation de prestations médicales de la part d'assurés avec une participation aux coûts très élevée diminuait d'environ un tiers, sans que l'on puisse pour autant constater l'amorce d'une consommation plus mesurée. Le nombre de consultations auprès de psychothérapeutes et de chiropraticiens a diminué dans une plus grande proportion. La baisse de la demande de prestations pour les indicateurs examinés (excepté les contrôles de la tension artérielle et de la vue) n'a pas eu d'effets négatifs sur l'état de santé des assurés.

5 Aperçu des modèles ayant fait l'objet d'une étude approfondie

5.1 Modèle E I « Franchise en fonction du revenu »

La participation aux coûts se compose de :

- a) un montant fixe (franchise) par année civile qui s'élève à p % du revenu déterminant, mais au minimum à m et au maximum à M francs ;
- b) 10 % des coûts dépassant le montant de la franchise (quote-part), au maximum N francs.
- c) La participation totale aux coûts par famille est limitée à q % du revenu déterminant.

5.2 Modèle E II « Franchise élevée »

La participation aux coûts se compose de :

- a) un montant fixe (franchise) par année civile de M (3000 - 4000) francs pour les adultes et de m francs pour les enfants ;
- b) 10 % des coûts dépassant le montant de la franchise (quote-part), au maximum N (1000) francs pour les adultes et n francs pour les enfants.
- c) Si la franchise de M francs dépasse p % du revenu déterminant, l'assuré peut réclamer la différence à son canton de domicile, toutefois jusqu'à concurrence de $(M - M_1)$ francs.
- d) La participation totale aux coûts par famille est limitée à q % du revenu déterminant.

5.3 Modèle L I « Franchise par médecin »

La participation aux coûts se compose de :

- a) un montant fixe (franchise) de M (300 - 1000) francs par adulte et par année civile pour un traitement chez un médecin de premier recours (généraliste, médecine interne, pédiatre, gynécologue) ou dans le cadre d'un (autre) modèle de managed care ainsi que pour l'achat de médicaments génériques ;

- b) un montant fixe supplémentaire (franchise) de M (30 - 200) francs par année civile et médecin lorsque le médecin de premier recours adresse l'assuré à un spécialiste ;
- c) un montant fixe supplémentaire (franchise) de M (300 - 1000) francs par année civile si le patient change de médecin ;
- d) 10 % des coûts dépassant le montant de la franchise (quote-part), mais au maximum N (500 - 1200) francs pour les adultes et n (250 - 600) francs pour les enfants.
- e) L'assureur-maladie a la possibilité, mais n'est pas tenu, de proposer des modèles de managed care.
- f) Les montants minimums et maximums selon a) à d) sont fonction du revenu.

5.4 Modèle L II « Franchise par consultation/journée d'hospitalisation »

La participation aux coûts se compose de :

- a) une franchise de 60 francs par consultation/journée d'hospitalisation ainsi qu'une quote-part de 20 % pour les assurés ayant adhéré à des modèles alternatifs d'assurance et de 30 % pour les autres assurés sur les coûts des traitements ambulatoires et hospitaliers dépassant le montant de la franchise.
- b) La participation aux coûts résultant de la franchise et de la quote-part (let. a) s'élève au maximum à 830 francs par année pour les assurés de modèles alternatifs d'assurance et à 2100 francs pour les autres assurés.²
- c) Lorsque l'assuré change de son propre chef de prestataire de soins (sans être adressé par un médecin) en dehors du modèle alternatif d'assurance, une franchise supplémentaire d'un montant de 200 francs lui est demandée au titre de changement.
- d) Pour les enfants, la franchise est fixée à 20 francs par consultation/journée d'hospitalisation, la participation maximale aux coûts à 300 francs pour les assurés de modèles alternatifs d'assurance et à 675 francs pour les autres assurés et la « franchise pour changement » à 100 francs.
- e) L'assureur-maladie a la possibilité, mais n'est pas tenu, de proposer des modèles de managed care.
- f) La participation maximale aux coûts de la part des autres assurés selon let. b) passera de 830 francs (montant valable jusqu'à fin 2003) à 2100 francs dans les trois ans suivant l'introduction de la LAMal modifiée.

5.5 Modèle L III « Managed care »

La participation aux coûts se compose de :

- a) un montant fixe (franchise) de 300 francs par adulte et par année civile pour les traitements dispensés dans le cadre d'un modèle de managed care et de 600 francs pour les autres traitements ;
- b) 10 % des coûts dépassant le montant de la franchise (quote-part) pour les traitements dispensés dans le cadre d'un modèle de managed care, mais au maximum 600 francs pour les adultes et 300 francs pour les enfants ;

² Les montants indiqués correspondent aux participations aux coûts maximales admises jusqu'à fin 2003 pour la franchise de base de 230 francs et la franchise à option de 1500 francs.

- c) 20 % des coûts dépassant le montant de la franchise (quote-part) pour les autres traitements, mais au maximum 1200 francs pour les adultes et 600 francs pour les enfants.
- d) L'assureur-maladie a la possibilité, mais n'est pas tenu, de proposer des modèles de managed care.
- e) Lorsqu'un assuré n'a pas la possibilité d'adhérer à un modèle de managed care à son lieu de domicile, la participation aux coûts plus élevée pour les traitements dispensés en dehors d'un modèle de managed care ne s'applique pas.

5.6 Modèle K I « Statu quo plus »

De manière générale, la participation aux coûts se compose de :

- a) un montant fixe (franchise) de 300 francs par année civile pour les adultes ;
- b) 10 % des coûts dépassant le montant de la franchise (quote-part), mais au maximum 800 francs pour les adultes et 400 francs pour les enfants.
- c) L'assuré a la possibilité de choisir une franchise plus élevée et bénéficie en contrepartie d'un rabais sur les primes. Par rapport aux primes de l'assurance ordinaire, les assureurs sont autorisés, pour les assurances avec franchises à option, à pratiquer les rabais maximums indiqués dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1: Paramètres de participation aux coûts en vigueur

Niveau	Adultes		Enfants	
	Franchise en francs	Réduction sur les primes en %	Franchise en francs	Réduction sur les primes en %
1	600	7,3	150	16,7
2	900	13,6	225	23,6
3	1'200	19,0	300	29,5
4	1'500	23,9	375	34,7

- d) Par ailleurs, la réduction, en francs et par année civile, ne peut pas être supérieure à 80 % du risque supplémentaire au titre de la participation aux coûts assumé par les assurés qui choisissent la franchise plus élevée.

Les franchises à option pour les enfants correspondent à 25 % des montants fixés pour les adultes et comprennent désormais aussi quatre niveaux. Les rabais sur les primes indiqués dans le tableau sont des taux théoriques et doivent être finalisés concrètement de manière à rester valables pour les cinq années à venir tout en tenant compte des changements prévisibles dans la structure des coûts pendant cette même période.

Sous la forme ici présentée, ce modèle ne nécessite pas de modification de la loi, les adaptations nécessaires pouvant être introduites au niveau de l'OAMa³. Ce modèle de base permet de prendre en compte des participations aux coûts différenciées pour les modèles de managed care et/ou des composantes liées aux prestations.

³ A l'exception des rabais sur les primes et de l'uniformisation des franchises à option, ce modèle correspond aux propositions de réformes au niveau de l'ordonnance qui sont entrées en vigueur le 01.01.2004.

5.7 Modèle K II « Quote-part »

De manière générale, la participation aux coûts se compose de :

- a) s (50) % des coûts de traitements (quote-part), mais au maximum N (1000) francs pour les adultes et n (200) francs pour les enfants.
- b) Pour les personnes de conditions économiques modestes, la réduction de primes prend en considération non seulement le montant de la prime, mais aussi la participation aux coûts.
- c) Les franchises à options ne sont plus autorisées.

5.8 Modèle K III « Propositions de réformes DFI 2004 » (K III)

De manière générale, la participation aux coûts se compose de :

- c) un montant fixe (franchise) de 300 francs par année civile pour les adultes ;
- d) 10 % des coûts dépassant le montant de la franchise (quote-part), mais au maximum 800 francs pour les adultes et 400 francs pour les enfants.
- c) L'assuré a la possibilité de choisir une franchise plus élevée et bénéficie en contrepartie d'un rabais sur les primes. Par rapport aux primes de l'assurance ordinaire, les assureurs sont autorisés, pour les assurances avec franchises à option, à pratiquer les rabais maximums indiqués dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2: Paramètres de participation aux coûts appliqués dès le 1^{er} janvier 2004

Niveau	Adultes		Enfants	
	Franchise en francs	Réduction sur les primes en %	Franchise en francs	Réduction sur les primes en %
1	400	3	-	-
2	600	9	150	21
3	1'200	24	300	37
4	1'500	30	375	43

- d) Par ailleurs, la réduction, en francs et par année civile, ne peut pas être supérieure à 80 % du risque supplémentaire au titre de la participation aux coûts assumé par les assurés qui choisissent la franchise plus élevée.

Ce modèle correspond à la modification de l'OAMal décidée par le Conseil fédéral pour le 1^{er} janvier 2004 et constitue une variante particulière du modèle, plus général, K I.

6 Appréciation des différents modèles

6.1 Modèles liés au revenu

Les modèles E I, E II et L I lient la fixation d'une participation aux coûts appropriée à des critères de revenu. A ce jour, la manière de calculer le revenu de référence (évent. la fortune de référence) n'est pas encore clairement déterminée. Les données concernant la situation financière des personnes malades font partie des données sensibles, que l'assureur-maladie devrait établir pour chaque cas de maladie. La participation aux coûts liée au revenu débouche sur une nouvelle sélection des risques: personnes en

bonne santé et financièrement à l'aise. Dans un modèle lié au revenu, les franchises à option perdraient tout leur sens. Au mieux, des modèles de ce genre pourront durablement être pris en compte le jour où il sera répondu aux nombreuses questions encore en suspens quant à leur application concrète.

6.2 Modèles liés aux prestations

Les modèles L I, L II et L III lient le montant de la participation aux coûts à des critères de prestations. Le managed care est fourni par un nombre limité de prestataires de soins. En outre, la participation aux coûts dépend étroitement du choix du prestataire de soins par la personne malade. Si l'assuré choisit de son plein gré de changer de prestataire de soins, il risque également de devoir assumer des coûts supplémentaires, sous la forme d'une franchise au titre de changement de prestataire ou de montants-limites plus élevés. En général, la participation aux coûts des assurés ayant opté pour un modèle de managed care est basse, celle des autres assurés élevée.

La mise en œuvre de ce genre de modèles nécessite encore de nombreuses clarifications. S'agissant des participations différenciées aux coûts, le principal problème réside dans le fait que les différences de primes peuvent être très importantes. Les modèles de managed care avec une faible participation aux coûts et, vraisemblablement, un nombre supérieur à la moyenne de malades et de malades chroniques occasionnant des dépenses élevées ne peuvent guère offrir de primes plus avantageuses que celles pratiquées pour les autres assurés. Ceux-ci sont, dans l'ensemble, en meilleure santé, leur participation aux coûts est élevée et ils ont le libre choix du fournisseur de soins. Pour ces modèles, la sélection des risques, à savoir rechercher des assurés en bonne santé et financièrement à l'aise, deviendra réalité. Seule une modification de la compensation des risques qui contraindrait les assurés hors modèles managed care à verser d'importantes contributions supplémentaires de solidarité permettrait de remédier à cette situation. Cela pose toutefois la question de savoir s'il y aurait encore un intérêt à être assuré en dehors d'un modèle de managed care. Les conditions permettant à un assuré de passer d'un système à l'autre devraient également être réglées.

Les modèles faisant usage de la compétence revenant au Conseil fédéral en vertu de l'art. 64, al. 6, LAMal sont également considérés comme des formules liées aux prestations. Ces possibilités supplémentaires de différenciations peuvent être utilisées dans pratiquement tous les autres modèles, excepté ceux liés au revenu. L'application concrète de cette compétence n'a pas encore donné lieu à un consensus permettant une réglementation en la matière. La participation aux coûts doit être augmentée pour les prestations sur le volume desquelles l'assuré peut agir et dont l'efficacité n'est pas toujours clairement établie.

L'objectif d'une participation aux coûts plus basse dans les systèmes de managed care doit être d'inciter également les personnes atteintes de maladies chroniques à intégrer de tels modèles. Si un risque de morbidité nettement plus élevé devait apparaître dans ces modèles, un système de subventions croisées entre les assureurs-maladie devrait pouvoir être envisagé. La finalisation de tels modèles semble parfaitement possible, même si un certain nombre de définitions et de précisions doivent encore être apportées. Au demeurant, la différenciation de la participation aux coûts pose un problème lorsque les primes des modèles de managed care sont maintenues artificiellement à un niveau bas au moyen de subventions croisées ou d'une compensation accrue des risques.

6.3 Modification de la solution en vigueur

Les nombreux calculs qui ont été effectués indiquent qu'au moins les montants fixes (franchise, quote-part maximale, niveau des franchises à option) doivent être adaptés à l'évolution des coûts depuis 1996. Les résultats sont présentés sous forme résumée dans le modèle K I. Par ailleurs, en ce qui concerne les franchises à option, il y a lieu de réduire les rabais sur les primes et de redéfinir les niveaux.

Les données disponibles permettent également de projeter des modèles sans franchise, autrement dit des systèmes fonctionnant uniquement sur la base de quotes-parts, comme le prévoit le modèle K II.

Publiées peu de temps avant le bouclage du présent rapport, les modifications de l'OAMal au 1^{er} janvier 2004 sont brièvement présentées et commentées dans le cadre du modèle K III. La mise en œuvre des adaptations prévues par les modèles K I et K III peut intervenir rapidement par voie d'ordonnance (OAMal). S'il est vrai que ce sont essentiellement les personnes en bonne santé qui choisissent des participations aux coûts plus élevées et que ces mêmes personnes, comme le montre l'étude RAND, occasionnent, en termes bruts, moins de coûts de traitements, il y a lieu de conserver les franchises à option, mais de les adapter à l'évolution des coûts en ce qui concerne leur montant et les rabais sur les primes. Les assurés qui choisissent des franchises à options sont prêts à assumer de plus grands risques et continueront à l'avenir aussi, malgré les rabais sur les primes, de contribuer à la couverture des soins des assurés de l'assurance de base et des modèles de managed care. Toutefois, ces contributions de solidarité ne devraient pas être trop fortement sollicitées.

Un réajustement rapide de l'actuelle participation aux coûts permettra de gagner du temps dans l'optique d'une analyse approfondie des questions qui se posent en rapport avec les participations différenciées aux coûts. Cette réflexion devra tenir compte, d'une part, des économies de coûts escomptées dans le cadre des modèles de managed care – même si les personnes malades et les personnes atteintes de maladies chroniques seront nombreuses à passer dans des systèmes de managed care – et, d'autre part, de l'abaissement des coûts de traitement des personnes assurées en dehors des modèles de managed care sous l'effet des participations aux coûts élevées.

Il y a lieu également de s'interroger sur les possibilités d'agir au moyen de la compensation des risques en pratiquant un subventionnement croisé en faveur des modèles de managed care. S'il n'est pas possible de proposer aux deux groupes de risques (assurés rattachés à des systèmes de managed care et autres assurés) un juste équilibre entre la prime de risque et la charge résultant des contributions de solidarité, on peut craindre soit que la majorité des assureurs ne proposent plus qu'un seul système, soit que les assurés choisissent exclusivement un système (p. ex. managed care). Mais il est souhaitable que les assurés disposent d'une véritable liberté de choix entre deux systèmes d'égale valeur. Pour l'assuré, les principaux critères sont le montant de sa prime de risque, la participation aux coûts maximale autorisée et les éventuelles contributions de solidarité (le cas échéant, sous la forme de compensation des risques).

7 Actualisation au 31 janvier 2004

7.1 Décision du Parlement lors de la session de décembre 2003

Le Parlement a définitivement rejeté la 2^e révision de la LAMal proposée par le Conseil fédéral. Dans ce projet, le thème de la participation aux coûts n'était de toute façon pas au premier plan. Parmi les dispositions prévues, les plus contestées concernaient l'obligation de contracter, le financement des traitements hospitaliers et l'assurance des soins.

7.2 Nouveautés en matière de participation aux coûts au 1^{er} janvier 2004

La franchise légale ordinaire selon l'art. 103, al. 1, OAMal, est passée de 230 à 300 francs.

La différence avec les franchises à option selon l'art. 93, al. 1, OAMal s'est ainsi amenuisée. Le Conseil fédéral en a tenu compte en diminuant les taux de réduction selon l'art. 95, al. 2, OAMal.

Le public a beaucoup critiqué cette diminution du rabais sur les primes pour les franchises à option. Vu l'augmentation de la franchise légale ordinaire, il aurait mieux accepté et compris une augmentation des franchises elles-mêmes, associée au maintien des taux de réduction existants.

7.3 Suite de la procédure

L'essentiel des efforts doit se concentrer sur la réduction des coûts globaux. Il est hors de question de négliger les fortes augmentations de coûts, qui sont une réalité, et de se concentrer uniquement sur le

financement par les assurés, les assureurs et les pouvoirs publics. Toutes les comparaisons internationales (telles que celles de l'OCDE) montrent que les prestations médicales sont très chères en Suisse. Ce haut niveau de prix, ajouté à l'augmentation de volume, donne une évolution des coûts beaucoup trop rapide.

Cela n'exclut pas que dans le cadre d'une prochaine révision de la LAMal, la question des taux et éventuellement celle du système général de participation aux coûts revienne sur le tapis. La contribution des assurés malades ne doit pas se limiter au paiement des primes d'assurance : il est de plus en plus nécessaire d'y adjoindre une participation selon le principe de causalité. Les franchises devront être réadaptées parallèlement à l'augmentation des coûts.

Si des franchises en fonction du revenu devaient à nouveau être réclamées, il faudrait examiner en priorité le modèle E II « Franchise élevée » décrit dans le rapport final au point 4.1.2, parce qu'il est le seul réalisable du point de vue de la protection des données.

Riassunto

1 Analisi del mandato

Il mandato del CF e del DFI comprende essenzialmente tre modelli di base a loro volta suddivisi in diverse varianti:

- 1) Partecipazione ai costi dipendente dal reddito
→ Modelli E I, E II e L I
- 2) Criteri per una classificazione in base alle prestazioni mediche
→ Modelli L I, L II e L III
- 3) Modifiche del disciplinamento vigente
→ Modelli K I, K II e K III

L'analisi approfondita di queste otto varianti è volta a rilevarne i rispettivi vantaggi e svantaggi, la fattibilità delle soluzioni proposte nonché le premesse temporali e legislative al fine di poter valutare quali modelli di base possano essere discussi nell'ambito della 3a revisione parziale della LAMal. Le conclusioni, nella misura consentita dai dati disponibili, dovranno essere corroborate da modelli di calcolo e da ulteriori valutazioni statistiche.

2 Definizione di partecipazione ai costi

La «partecipazione ai costi» è composta, conformemente all'articolo 64 LAMal, di due componenti:

- Un importo fisso per anno (franchigia): importo fisso in franchi
- Un'aliquota percentuale: quota a carico della persona malata in per cento dei costi eccedenti la franchigia e delimitata da un importo.

Può essere definita come segue:

la partecipazione finanziaria diretta degli assicurati in occasione di una richiesta personale di prestazioni assicurative è designata quale partecipazione ai costi¹. Essa si differenzia dall'acquisto diretto di prestazioni e beni sanitari, come l'automedicazione, per il quale non sussiste il diritto a prestazioni stabilito per legge. Esclusioni di prestazioni, ad esempio mediante liste negative, portano per definizione ad acquisti diretti e, pertanto, non costituiscono partecipazioni ai costi.

Inoltre, gli assicurati versano un contributo ai costi di ospedalizzazione definito in base all'onere finanziario della famiglia (art. 64 cpv. 5 LAMal).

3 Scopo della partecipazione ai costi

- Promuovere l'attenzione ai costi presso gli assicurati e modificare in tal modo il comportamento per quanto riguarda la richiesta di prestazioni mediche
- Elementi finanziari in base al principio di causalità
- Contenimento del numero dei casi d'importanza esigua

Accanto alla funzione economica devono essere considerati anche fattori sociopolitici.

¹ Designata talvolta all'estero pagamento supplementare

4 Influenza esercitata dalle partecipazioni ai costi sul comportamento degli assicurati

Sondaggi sul comportamento degli assicurati con partecipazioni ai costi elevate sono in gran parte molto discutibili dato che queste vengono scelte soprattutto da assicurati in buona salute e di condizioni economiche agiate.

Negli anni 1974-1982 è stato condotto negli Stati Uniti uno studio di ampia portata (Rand Health Insurance Experiment) che prevedeva l'attribuzione causale degli assicurati a diversi modelli di partecipazione ai costi. Riassumendo è risultato quanto segue: le prestazioni mediche cui sono ricorsi gli assicurati con una partecipazione ai costi molto elevata sono diminuite di circa un terzo rispetto a quelle cui sono ricorsi gli assicurati con una partecipazione ai costi esigua, senza che con ciò avvenisse uno spostamento verso una prassi più adeguata. Le consultazioni presso psicoterapeuti e chiropratici sono calate ancor più nettamente. Ad eccezione di due indicatori (controllo della pressione sanguigna e controllo oftalmologico), lo stato di salute riferito agli indicatori esaminati non è risultato pregiudicato dal fatto di ricorrere in misura minore a prestazioni mediche.

5 Panoramica dei modelli esaminati in maniera approfondita

5.1 Modello E I «Franchigia proporzionata al reddito»

La partecipazione ai costi è composta da:

- b) Un importo fisso (franchigia) per anno civile, che ammonta al p per cento del reddito imponibile; al minimo m franchi e al massimo M franchi,
- c) 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale), al massimo N franchi.
- d) L'intera partecipazione ai costi per famiglia è limitata al q per cento del reddito imponibile.

5.2 Modello E II «franchigia elevata»

La partecipazione ai costi è composta da:

- a) Un importo fisso (franchigia) per anno civile di M (3-4'000) franchi per adulti e m franchi per minorenni,
- b) 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale), al massimo N (1'000) franchi per adulti e n franchi per minorenni.
- c) Se la franchigia eccede di M franchi il p per cento del reddito imponibile, l'ammalato può chiedere il rimborso della differenza fino a M franchi, al massimo (M - M1) franchi, al Cantone di residenza.
- d) Il totale della partecipazione ai costi per famiglia è limitato al q per cento del reddito imponibile.

5.3 Modello L I «Franchigia per medico»

La partecipazione ai costi è composta da:

- a) Un importo fisso (franchigia) per anno civile per adulti di M (300 - 1'000) franchi per le cure presso il primo «medico di famiglia» (medico generico, internista, pediatra, ginecologo) oppure nell'ambito di un (altro) modello managed care o dell'acquisto di farmaci generici.
- b) Un importo fisso supplementare (franchigia) per anno civile e medico di m (30 - 200) franchi per ogni altro medico, se il primo medico rinvia l'ammalato a uno specialista.

- c) Un importo fisso supplementare (franchigia) per anno civile di M (300 – 1'000) franchi se l'ammalato sceglie un altro medico.
- d) 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale), al massimo N (500 – 1'200) franchi per adulti e n (250 – 600) franchi per minorenni.
- e) L'assicuratore malattie può ma non è tenuto a offrire modelli managed care.
- f) Gli importi minimi e massimi delle lettere a-d sono proporzionati al reddito.

5.4 Modello L II «Franchigia per consultazione/giorno di ospedalizzazione»

La partecipazione ai costi è composta da:

- a) Una franchigia di 60 franchi per consultazione/giorno di ospedalizzazione e un'aliquota percentuale del 20 per cento per membri di modelli alternativi e del 30 per cento per gli altri assicurati dei costi di trattamenti ambulatoriali e ospedalieri eccedenti la franchigia.
- b) La partecipazione ai costi per franchigia e aliquota percentuale (lett. a) ammonta a franchi 800 l'anno al massimo per i membri di modelli alternativi e 2'100 franchi l'anno per gli altri assicurati.²
- c) Se l'assicurato cambia volontariamente, vale a dire senza l'indicazione del medico, il fornitore di prestazioni, al di fuori del modello alternativo, deve pagare una «franchigia di cambio» supplementare di 200 franchi.
- d) Per i minorenni, la franchigia per consultazione/giorno di ospedalizzazione ammonta a 20 franchi, la partecipazione ai costi a 300 franchi al massimo per membri di modelli alternativi e a 675 franchi per gli altri assicurati e la «franchigia di cambio» a 100 franchi.
- e) L'assicuratore malattie può ma non è tenuto a offrire modelli di assicurazione alternativi.
- f) Entro 3 anni dall'entrata in vigore della LAMal riveduta, la partecipazione massima ai costi per gli altri assicurati giusta la lettera b) è aumentata da 830 franchi (importo determinante fino alla fine del 2003) a 2'100 franchi.

5.5 Modello L III «managed care»

La partecipazione ai costi è composta da:

- a) Un importo fisso (franchigia) per anno civile per adulti di 300 franchi per il trattamento nell'ambito di un modello managed care e 600 franchi per gli altri trattamenti.
- b) 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale) per trattamenti nell'ambito di un modello managed care, al massimo 600 franchi per gli adulti e 300 franchi per i minorenni.
- c) 20 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale) per gli altri trattamenti, al massimo 1'200 franchi per gli adulti e 600 franchi per i minorenni.
- d) L'assicuratore malattie può ma non è tenuto a offrire modelli managed care.
- e) Se una persona assicurata non ha la possibilità di aderire a un modello managed care nel proprio domicilio, si applica la partecipazione ai costi più elevata per trattamenti al di fuori di un modello managed care.

² Gli importi corrispondono alle partecipazioni ai costi massime possibili fino alla fine del 2003 per la franchigia di base di 230 franchi e una franchigia opzionale di 1'500 franchi

5.6 Modello K I «Status quo plus»

La partecipazione ai costi è composta in generale da:

- a) Un importo fisso (franchigia) per anno civile di 300 franchi per gli adulti,
- b) 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale), al massimo 800 franchi per gli adulti e 400 franchi per i minorenni.
- c) L'assicurato può optare volontariamente per una franchigia più elevata fruendo in tal modo di una riduzione dei premi. Gli assicuratori possono ridurre il premio per l'assicurazione con franchigia opzionale rispetto al premio dell'assicurazione ordinaria al massimo entro le aliquote indicate nella tabella 1:

Tabella 1 Parametri della vigente partecipazione ai costi

Grado	Adulti		Minorenni	
	Franchigia in franchi	Riduzione dei premi in %	Franchigia in franchi	Riduzione dei premi in %
1	600	7,3	150	16,7
2	900	13,6	225	23,6
3	1'200	19,0	300	29,5
4	1'500	23,9	375	34,7

- d) Occorre considerare inoltre che la riduzione annuale in franchi non può superare l'80 per cento del rischio supplementare di partecipazione ai costi che l'assicurato si è assunto con la scelta di una franchigia più elevata.

Questo modello corrisponde in larga misura al sistema della partecipazione ai costi attuale con un aumento degli importi in franchi e della graduazione standardizzata delle franchigie opzionali. Le franchigie opzionali per i minorenni ammontano al 25 per cento delle quote per gli adulti e sono a loro volta distinte in quattro gradi. Le riduzioni di premio indicate nella tabella corrispondono alle aliquote teoriche e devono essere definite in modo tale da essere valide per i prossimi cinque anni tenendo presente le modifiche delle strutture dei costi che interverranno.

Questo modello in questa forma non ha bisogno di modifiche di legge. Gli adeguamenti sono possibili a livello della OAMa³. Partecipazioni ai costi differenziate per modelli managed care e/o componenti dipendenti dalle prestazioni possono essere inserite in questo modello di base.

5.7 Modello K II «Aliquota percentuale»

La partecipazione ai costi è composta in generale di:

- a) s (50) per cento dei costi del trattamento (aliquota percentuale), al massimo N (1'000) franchi per gli adulti e n (200) franchi per i minorenni.
- b) Per le persone in difficile situazione economica, la riduzione di premio tiene in considerazione non solo l'importo del premio ma anche la partecipazione ai costi.
- c) Franchigie opzionali non sono più autorizzate.

³ Questo modello corrisponde, ad accezione del ribasso sui premi e delle franchigie opzionali uniformi, alle proposte di riforme a livello d'ordinanza entrato in vigore il 1.1.2004.

5.8 Modello «Pacchetto di riforme DFI 2004» (K III)

La partecipazione ai costi è composta in generale da:

- c) Un importo fisso (franchigia) per anno civile di 300 franchi per gli adulti,
- d) 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota fiscale), al massimo 800 franchi per gli adulti e 400 franchi per i minorenni.
- c) L'assicurato può optare volontariamente per una franchigia più elevata fruendo in tal modo di una riduzione dei premi. Gli assicuratori possono ridurre il premio per l'assicurazione con franchigia opzionale rispetto al premio dell'assicurazione ordinaria al massimo entro le aliquote indicate nella tabella 2:

Tabella 2 Parametri della partecipazione ai costi vigente a partire dal 1° gennaio 2004

Grado	Adulti		Minorenni	
	Franchigia in franchi	Riduzione dei premi in %	Franchigia in franchi	Riduzione dei premi in %
1	400	3	-	-
2	600	9	150	21
3	1'200	24	300	37
4	1'500	30	375	43

- d) Occorre considerare inoltre che la riduzione annuale in franchi non può superare l'80 per cento del rischio supplementare di partecipazione ai costi che l'assicurato si è assunto con la scelta di una franchigia più elevata.

Questo modello corrisponde alla modifica della OAMal approvata dal Consiglio federale il 1° gennaio 2004 e rappresenta una variante particolare del modello K I generalizzato.

6 Valutazione dei diversi modelli

6.1 Modelli proporzionati al reddito

I modelli E I, E II e L I presentano criteri di proporzionalità al reddito per la fissazione di un'adeguata partecipazione ai costi. A tutt'oggi non è chiaro il conteggio del reddito di riferimento (eventualmente del patrimonio di riferimento). I dati sulla situazione finanziaria dell'ammalato sono da annoverare fra le informazioni sensibili che l'assicuratore malattie dovrebbe rilevare in ogni caso di malattia. La partecipazione ai costi proporzionata al reddito porta a una nuova selezione dei rischi: assicurati in buona salute e di condizioni economiche agiate. Franchigie opzionali non avrebbero senso in un modello di partecipazione ai costi proporzionata al reddito. Modelli siffatti possono essere considerati semmai a lungo termine, quando siano state chiarite le numerose questioni legate alla loro applicazione.

6.2 Modelli dipendenti dalle prestazioni

I modelli L I, L II e L III presentano criteri orientati alle prestazioni per la fissazione della partecipazione ai costi. I modelli managed care saranno disponibili solo a una ristretta cerchia di fornitori di prestazioni. Inoltre la partecipazione ai costi è fortemente influenzata dalla scelta del fornitore di prestazioni della persona malata. Se l'assicurato cambia volontariamente il fornitore di prestazioni, egli può andare incontro a ulteriori oneri sotto forma di franchigie opzionali e di importi massimi più elevati. Di regola, per gli assicurati di un modello managed care viene fissata una partecipazione ai costi bassa mentre per gli altri assicurati una partecipazione elevata.

Le definizioni e delimitazioni per una prassi univoca sono ancora molte e tuttora aperte. Il problema principale per quanto concerne le partecipazioni ai costi differenziate consiste nel fatto che i premi ad esse collegati possono essere molto differenti. I modelli managed care con bassa partecipazione ai costi e con molte persone malate e malati cronici, presumibilmente al di sopra della media, che comportano costi elevati, non possono offrire i premi più vantaggiosi di cui possono fruire gli altri assicurati che godono di un buono stato di salute, pagano una partecipazione ai costi elevata e fruiscono ancora della libera scelta del fornitore di prestazioni. La selezione dei rischi in base alle persone sane e in condizioni economiche agiate sarà presto una realtà per questi modelli. L'unico rimedio potrebbe essere una compensazione dei rischi modificata che obblighi gli assicurati, al di fuori di un modello managed care, ad elevati contributi di solidarietà supplementari. Ma in tal modo si pone anche la domanda se l'assicurazione al di fuori di un modello managed care abbia ancora senso. Occorrerebbe anche disciplinare le condizioni che un assicurato deve adempiere per il passaggio da un sistema all'altro.

Modelli dipendenti dalle prestazioni sono pure quelli che ricorrono alla competenza del Consiglio federale prevista dall'articolo 64 capoverso 6 LAMal. Queste ulteriori possibilità di differenziazione possono essere inserite praticamente in tutti i modelli che non siano modelli dipendenti dal reddito. Un'ordinanza che attui concretamente tale competenza non ha ancora trovato alcun consenso. La partecipazione ai costi dev'essere aumentata per le prestazioni la cui estensione può essere influenzata dagli assicurati e la cui efficacia non è sempre chiaramente rilevabile.

Lo scopo di una ridotta partecipazione ai costi per assicurati managed care deve essere quello di promuovere l'adesione di malati anche cronici a questo modello. Nel caso di elevato rischio di morbilità in questi modelli, dovrebbe essere possibile l'intervento di sussidi trasversali fra gli assicuratori malattie. L'attuazione di questi modelli sembra possibile in linea di principio, benché occorranza ancora diverse definizioni e precisazioni. Inoltre, problematica è pure la differenziazione della partecipazione ai costi nel caso in cui le sovvenzioni trasversali o una compensazione dei rischi potenziata dovessero servire a mantenere artificiosamente bassi i premi per i modelli managed care.

6.3 Modifica della soluzione vigente

I dati a disposizione permettono anche di conteggiare modelli senza franchigia, ossia di sistemi di mera autopartecipazione, come prevede il modello K II.

Le modifiche della OAMal a partire dal 1° gennaio 2004, pubblicate poco prima della conclusione del rapporto, sono riassunte in un modello K III e brevemente commentate. L'attuazione degli adeguamenti previsti nel modello K I e K III avverrà a breve termine a livello di ordinanza (OAMal). Anche se è vero che soprattutto le persone sane scelgono partecipazioni ai costi elevate e, come rivela lo studio RAND, costi lordi di trattamenti più bassi, le franchigie opzionali vanno mantenute pur adeguandole allo sviluppo dei costi per quanto riguarda l'entità della franchigia e delle aliquote di riduzione. Gli assicurati con franchigia opzionale devono già assumersi rischi notevoli e in futuro forniranno, malgrado la riduzione dei premi, ancora contributi di copertura a favore degli assicurati dell'assicurazione di base e dei modelli managed care. Non si dovrebbe però abusare dei contributi di solidarietà.

Con un rapido adeguamento dell'attuale partecipazione ai costi è possibile guadagnare tempo per un'analisi approfondita delle questioni relative alle partecipazioni ai costi differenziate. In queste considerazioni dovranno essere tenute presenti, da un lato, le previste riduzione dei costi dei modelli managed care malgrado una maggior adesione di persone malate e di malati cronici a questi modelli e, dall'altro, le ripercussioni delle partecipazioni ai costi elevate sui costi ridotti dei trattamenti degli assicurati dei modelli non managed care.

Dovranno inoltre essere vagliate le possibilità di gestione mediante compensazione dei rischi nel senso di un sussidiamento trasversale a favore dei modelli managed care. Nel caso in cui non fosse possibile raggiungere un equilibrio sostenibile per le due comunità di rischio (membri dei modelli managed care e gli altri assicurati) per quanto attiene al premio rischio e all'onere mediante contributi di solidarietà, vi è il pericolo che la maggioranza degli assicuratori possano offrire soltanto un sistema o che gli assicurati

possano decidere soltanto per un sistema (ad es. managed care). Ma gli assicurati devono avere la libera possibilità di scegliere fra due sistemi equivalenti. Per il singolo assicurato, il criterio principale sarà l'entità della somma del premio rischio, della partecipazione ai costi massima possibile come pure dei contributi di solidarietà (eventualmente sotto forma di compensazione dei rischi).

7 Aggiornamento a partire dal 31 gennaio 2004

7.1 Decisione del Parlamento nel corso della sessione di dicembre del 2003

Il Parlamento ha definitivamente respinto la 2a revisione della LAMal presentata dal Consiglio federale. Il tema della partecipazione ai costi non era in primo piano. Controversi sono stati i pareri sulle previste disposizioni relative all'obbligo di contrarre, al finanziamento ospedaliero e all'assicurazione delle cure.

7.2 Innovazioni nel campo della partecipazione ai costi a partire dal 1° gennaio 2004

Dal 1° gennaio 2004 la franchigia di base giusta l'articolo 103/1 OAMal è stata aumentata da 230 franchi a 300.

Di conseguenza, la differenza rispetto alle franchigie di libera scelta secondo l'articolo 93/1 OAMal si è ridotta. A questa situazione il Consiglio federale ha fatto fronte con una diminuzione dell'aliquota di riduzione secondo l'articolo 95/2 OAMal.

Questa riduzione del ribasso dei premi nei casi di franchigie opzionali più elevate è stata aspramente criticata dall'opinione pubblica. È stato così constatato che in riferimento all'aumento della franchigia legale un aumento delle aliquote per le franchigie liberamente scelte, stante un eguale fattore di ribasso, sarebbe stato molto più accettato e compreso.

7.3 Sviluppi futuri

Gli sforzi maggiori devono essere concentrati sulla riduzione dei costi complessivi. I forti aumenti dei costi non devono essere accettati come un fatto incontrovertibile limitandosi al solo finanziamento degli stessi da parte di assicurati, assicuratori ed enti pubblici. Il confronto internazionale (ad es. OECD) rivela che in Svizzera i servizi medici sono molto costosi. Questo aspetto, collegato all'estensione del volume delle prestazioni, porta a precipitosi sviluppi dei costi.

Non è però escluso che, nell'ambito di ulteriori proposte di revisione della LAMal siano rimessi nuovamente in discussione le aliquote ed eventualmente il sistema stesso della partecipazione ai costi. Gli assicurati malati devono contribuire oltre che con il premio d'assicurazione anche in base al principio di causalità. A tal fine, le franchigie devono essere ulteriormente adeguate ai costi crescenti.

Se eventualmente fossero nuovamente richieste franchigie proporzionali al reddito, occorre esaminare prima di tutto la variante E II «Franchigia elevata», trattata al numero 4.1.2 del rapporto conclusivo, essendo questa l'unica franchigia dipendente dal reddito realizzabile anche dal punto di vista della protezione dei dati.

Summary

1 Analysis of mandate

The mandate issued by the Federal Council and the Department of Home Affairs covers three basic models, each of which can be subdivided into a number of versions:

- 1) Cost-sharing according to income
→ Models E I, E II and L I
- 2) Criteria for classification according to medical services provided
→ Models L I, L II and L III
- 3) Modifications of the regulation currently in force
→ Models K I, K II and K III

The aim was to carry out in-depth analysis of these eight versions in order to identify the pros and cons of each, their practicability and the timeframe and legal framework that would be required to implement them. The ultimate purpose is to identify which of the basic models should be proposed for consideration as part of the 3rd partial revision of the KVG. The conclusions should be supported by model calculations and other statistical evaluations where the available data are sufficient for this.

2 Definition of cost-sharing

According to Article 64 KVG, «cost-sharing» consists of two components:

- A fixed annual contribution (deductible): a fixed amount in Swiss francs
- Retention fee: paid by the patient – a proportion in percent of the treatment costs which exceed the deductible, limited by a maximum amount

and can be defined as follows:

The direct financial participation of the insured individual in the cost of insured benefits claimed by him/her is referred to as cost-sharing¹. A distinction must be made between this form of participation in costs and direct purchases of healthcare services and products, such as self-medication, to which the insured individual has no statutory entitlement. The removal of benefits from the range of insured benefits, by including them in negative lists, for example, leads by definition to direct purchases by the individual and is therefore not considered to be a form of cost-sharing.

In addition, insurees make a graduated contribution to the cost of hospital stays, the exact amount being determined by the financial situation of the family (Article 64 para. 5 KVG).

3 The purpose of cost-sharing

- To promote cost-awareness among insurees and thus to modify their behaviour with respect to claiming medical benefits
- To create an element in healthcare financing based on the principle that the person who causes the cost pays for it
- To reduce the number of trivial cases that require administrative input

In addition to the economic function of cost-sharing, the social-policy aspects also have to be borne in mind.

¹ Sometimes referred to in other countries as co-payment

4 The influence of cost-sharing on insurees' behaviour

Studies of the way insurees react to a higher level of cost-sharing are usually not very sound, because the healthier, better-off insurees will tend to opt for a higher level of cost-sharing.

A major study (the Rand Health Insurance Experiment) was carried out in the USA between 1974 and 1982, in which insurees were allocated at random to various cost-sharing models. The results of the study can be summarized as follows: In this experiment, insurees with a very high level of cost-sharing claimed approximately 1/3 fewer benefits compared with those with a low level of cost-sharing, but there was no shift towards more appropriate behaviour. There was a more pronounced drop in the number of visits to psychotherapists and chiropractors. The health status of the insurees was not impaired through the lower level of medical benefits claimed with respect to the indicators studied (with the exception of two indicators: monitoring of blood pressure and eye testing).

5 Overview of the models studied in depth

5.1 Model E I «Income-dependent deductible»

Cost-sharing comprises three elements:

- b) A fixed amount (deductible) per calendar year which is p% of the relevant income, at least CHF m and no higher than CHF M,
- c) 10 percent of the costs in excess of the deductible (retention fee), to a maximum of CHF N,
- d) The maximum contribution to cost-sharing per family is limited to q% of the relevant income.

5.2 Model E II «High deductible»

Cost-sharing comprises four elements:

- a) A fixed amount (deductible) per calendar year of CHF M (3,000 – 4,000) for adults and CHF m for children,
- b) 10 percent of the costs in excess of the deductible (retention fee), to a maximum of CHF N (1,000) for adults and CHF n for children,
- c) If the deductible of CHF M exceeds p% of the relevant income, the patient can apply to the canton in which he/she lives for reimbursement of the difference to CHF M, to a maximum of CHF (M - M1),
- d) The maximum contribution to cost-sharing per family is limited to q% of the relevant income.

5.3 Model L I «Deductible per doctor»

Cost-sharing comprises six elements:

- a) A fixed amount (deductible) per calendar year of CHF M (300 – 1,000) for adults for treatment provided by the primary «family doctor» (general practitioner, specialist in internal medicine, paediatrician, gynaecologist) or under a (different) managed care model and the provision of generic drugs,
- b) An additional fixed amount (deductible) per calendar year and doctor of CHF m (30 - 200) for each additional doctor if the primary doctor refers the patient to a specialist,
- c) An additional fixed amount (deductible) per calendar year of CHF M (300 – 1,000) if the patient switches to another doctor,

Summary

- d) 10 percent of the costs in excess of the deductible (retention fee) to a maximum of CHF N (500 – 1,200) for adults and CHF n (250 - 600) for children,
- e) The health insurance provider can – but is not obliged to – offer managed care models,
- f) The minimum and maximum amounts under a) – d) above are dependent on the insuree's income.

5.4 Model L II «Deductible per consultation/day of hospital stay»

Cost-sharing comprises six elements:

- a) A deductible of CHF 60 per consultation/day in hospital and a retention fee of 20% (for members of alternative models) or 30% (for other insurees) of the costs of out-patient and in-patient treatment in excess of the deductible,
- b) The cost-sharing contribution made up of deductible and retention fee (under point a) is capped at CHF 830 per year for members of alternative models and CHF 2,100 for other insurees,²
- c) If the insuree changes to a service provider outside the alternative model at his/her own volition, i.e. not because he/she has been instructed to, he/she is required to pay a «transfer deductible» of CHF 200,
- d) The deductible for children is CHF 20 per consultation/day in hospital; the maximum contribution is CHF 300 for members of alternative models and CHF 675 for other insurees, with a «transfer deductible» of CHF 100,
- e) The health insurance provider can – but is not obliged to – offer alternative insurance models,
- f) The maximum cost-sharing contribution for other insurees under b) will be raised from CHF 830 (which was the amount set until the end of 2003) to CHF 2,100 within three years of the revised KVG coming into effect.

5.5 Model L III «Managed care»

Cost-sharing comprises five elements:

- a) A fixed amount (deductible) per calendar year of CHF 300 for adults for treatment provided under a managed care model and CHF 600 for other treatments,
- b) 10 percent of the costs in excess of the deductible (retention fee) for treatment under a managed care model, up to a maximum of CHF 600 for adults and CHF 300 for children,
- c) 20 percent of the costs in excess of the deductible (retention fee) for other treatments, up to a maximum of CHF 1,200 for adults and CHF 600 for children,
- d) The health insurance provider can – but is not obliged to – offer managed care models,
- e) If an insured individual has no access to a managed care model in his/her town of residence, the higher contribution to cost-sharing for treatments outside a managed care plan applies.

² These amounts represent the maximum contributions to cost-sharing effective until the end of 2003 for individuals with a basic deductible of CHF 230 and an optional deductible of CHF 1,500.

5.6 Model K I «Status quo plus»

In general, cost-sharing comprises:

- a) A fixed amount (deductible) per calendar year of CHF 300 for adults,
- b) 10 percent of the costs in excess of the deductible (retention fee), up to a maximum of CHF 800 for adults and CHF 400 for children,
- c) The insured individual can opt for a higher deductible in return for a reduced premium. Insurance providers can reduce the premium for insurance with a choice of deductible by at most the percentages shown in Table 1 below compared with the premium for ordinary insurance:

Table 1 Parameters in the current cost-sharing system

Level	Adults		Children	
	Deductible in CHF	Premium reduction in %	Deductible in CHF	Premium reduction in %
1	600	7.3	150	16.7
2	900	13.6	225	23.6
3	1,200	19.0	300	29.5
4	1,500	23.9	375	34.7

- d) It must be borne in mind that the reduction per calendar year in CHF must not be greater than 80% of the additional risk of having to share costs that the insuree accepts by opting for a higher deductible.

This model is much the same as the currently practiced system of cost-sharing, with higher amounts in CHF and a standardized graduation between the different optional deductibles. The optional deductibles for children are 25% of the amounts payable by adults and are also graduated in four levels for the first time. The premium reductions shown in the table are the theoretical percentages, and in practice must be set at levels which can remain valid for the next five years and take the anticipated changes in cost structures into account.

This model in the form shown here does not require any change in the legislation. The adjustments can be made under the KVV (Health Insurance Ordinance)³. Differentiated cost-sharing mechanisms for managed care models and/or benefit-related components can be incorporated into this basic model.

5.7 Model K II «Retention fee»

In general, cost-sharing comprises:

- a) 50 percent of the cost of treatment (retention fee), up to a maximum of CHF N (1,000) for adults and CHF n (200) for children,
- b) For people on a low income, both the premium and the cost-sharing component for the premium reduction are taken into account,
- c) Optional deductibles are no longer permitted.

³ With the exception of the premium reductions and the standardized optional deductibles, this model corresponds to the reform package introduced with the ordinance that came into force on 1 January 2004.

5.8 Model «DHA 2004 reform package» (K III)

In general, cost-sharing comprises:

- a) A fixed amount (deductible) per calendar year of CHF 300 for adults,
- b) 10 percent of the costs in excess of the deductible (retention fee), up to a maximum of CHF 800 for adults and CHF 400 for children,
- c) The insured individual can opt for a higher deductible in return for a premium reduction. Insurance providers can reduce the premium for insurance with a choice of deductible by at most the percentages shown in Table 2 below compared with the premium for ordinary insurance:

Table 2 Parameters in the cost-sharing system valid from 1 January 2004

Level	Adults		Children	
	Deductible in CHF	Premium reduction in %	Deductible in CHF	Premium reduction in %
1	400	3	-	-
2	600	9	150	21
3	1,200	24	300	37
4	1,500	30	375	43

- d) It must also be borne in mind that the reduction per calendar year in CHF must not be greater than 80% of the additional risk of having to share costs that the insuree accepts by opting for a higher deductible.

This model corresponds to the revision of the KVV passed by the Federal Council on 1 January 2004 and is a special variation on the more general model K I.

6 Evaluation of the various models

6.1 Income-dependent models

Models E I, E II and L I contain income-dependent criteria which are used to establish the appropriate level of cost-sharing. Even now, it is still unclear how the reference income (and possibly reference assets as well) are going to be calculated. Data on the patient's financial situation are part of the sensitive information that the health insurance provider would have to request every time the patient falls ill. Income-dependent cost-sharing will lead to a new type of risk selection: healthy, well-situated insurees. Optional deductibles would not make much sense in an income-dependent model. This kind of model could at most be kept in mind for the longer term, once the many outstanding questions concerning their practicality have been clarified.

6.2 Benefit-dependent models

Models L I, L II and L III contain benefit-dependent criteria for determining the level of cost-sharing. People insured under managed care programmes will have access to a limited number of service providers, and cost-sharing will be heavily influenced by the patient's choice of service provider. If the insuree changes from one service provider to another of his/her own volition, he/she will be liable to pay a higher contribution to cost-sharing in the form of a «transfer deductible» or higher ceilings for calculating the contribution. In general, people insured under a managed care model will pay a low contribution to costs; those insured under other models will pay a high contribution.

Many definitions and classifications still need to be established before these models can be implemented in practice. The main problem with differentiated cost-sharing is that the resulting premiums may vary enormously. Managed care models with a low level of cost-sharing and presumably an above-average number of sick and chronically ill patients who incur high costs will hardly be in a position to offer lower premiums than those offered to other insurees. The latter category are more likely to be healthier overall, to pay a higher contribution towards costs, and still have a free choice of service providers. Risk selection of healthy individuals in a better financial situation will become reality in these models. The only answer could be a modified risk-compensation mechanism which forces people not insured under a managed care model to pay high additional solidarity contributions. This, however, raises the question of whether there is any point in health insurance outside a managed care model. The conditions under which insurees can switch from one system to the other would also have to be regulated.

The concept of benefit-oriented models also covers those which draw on the expertise of the Federal Council under Article 64, para. 6 KVG. These additional forms of differentiation can be incorporated into practically all the models apart from the income-dependent models. So far it has not been possible to reach a consensus on the ordinance that would be required. The level of cost-sharing needs to be increased for benefits the extent of which can be influenced by the insuree and the efficacy of which is not always evident.

The objective of a lower level of cost-sharing for people insured under a managed care model should also be to encourage the chronically ill to join these models. If the risk of illness in these models were significantly higher than in others, provision would have to be made for cross-subsidies between the health insurance providers. It would appear to be basically possible to implement such models, although a number of definitions and refinements still have to be completed. It is also difficult to differentiate within the cost-sharing mechanism if cross-subsidies or a higher level of risk compensation are used to keep the premiums for managed care models artificially low.

6.3 Modification of the current system

The available data allow models without a deductible, i.e. pure retention fee systems of the kind foreseen by model K II, to be calculated.

The modifications of the KVV which came into effect on 1 January 2004 (and were published shortly before this report was completed) have been summarized in model K III which was discussed above. The amendments to models K I and K III can be implemented at short notice through the corresponding ordinance (KVV). Even if it is true that it is primarily healthy people who opt for a high level of cost-sharing and, as the RAND study showed, also generate a lower level of gross treatment costs, the optional deductibles should be retained, but the level of the deductibles and premium reductions should be adjusted in line with cost trends. Insurees with optional deductibles are prepared to accept a higher level of risk and, in spite of the reduced premiums that they pay, will still contribute towards the cost of insuring people with basic insurance or managed care insurance in the future. However, these solidarity contributions must not be relied on too heavily to finance health insurance.

Prompt modification of the current cost-sharing mechanism will leave more time for an in-depth analysis of the questions raised by a system of differentiated cost-sharing. This analysis needs to take into account the anticipated savings generated by managed care models in spite of the fact that a larger number of sick and chronically ill people will join managed care models, and in spite of the impact of a high level of cost-sharing on the lower level of treatment costs generated by insurees outside managed care models.

Attention also needs to be paid to risk compensation as a means of providing cross-subsidies for managed care models. If it is not possible to find an acceptable balance for both risk populations (members of managed care models and other insurees) between the risk premium and the burden of solidarity contributions, there is a danger either that the majority of insurance providers will offer only one system, or that insurees will decide in favour of only one system (e.g. managed care). However, the aim is

for insurees to have a real and free choice between two equivalent systems. The main criterion for the individual insuree will be how much he/she has to pay in total for the risk premium, the highest level of cost-sharing foreseen by the system, and any solidarity contributions (possibly in the form of risk compensation).

7 Update on 31 January 2004

7.1 Decision by parliament in the December 2003 session

Parliament definitively rejected the 2nd revision of the KVG submitted by the Federal Council. The aspect of cost-sharing was not prominent in this decision. The contentious points were the proposed changes regarding the obligation to contract, financing of hospital treatment, and nursing care insurance.

7.2 Changes to cost-sharing with effect from 1 January 2004

The basic deductible under Article 103/1 KVV was increased from CHF 230 to CHF 300 with effect from 1 January 2004.

This reduces the difference between the basic deductible and the optional deductibles under Article 93/1 KVV. The Federal Council responded to this by reducing the percentage reductions on health insurance premiums under Article 95/2 KVV.

There was strong public criticism of the lower reductions on premiums associated with the higher optional deductibles. Once the statutory deductible had been increased, it became clear that public understanding and acceptance would have been greater if the levels for the optional deductibles had been raised and the premium reductions had been kept the same.

7.3 Next course of action

The focus must now be on reducing overall costs. It is not acceptable to view the major increase in costs as a given fact, concentrating only on the way healthcare is financed by insurees, insurance providers and the public purse. International comparisons (e.g. by the OECD) repeatedly show that medical benefits are very expensive in Switzerland. In conjunction with the increasing volume of benefits being provided, this fact has produced a sharp increase in costs.

However, this does not mean that the approach to and system for cost-sharing cannot be discussed anew as part of a further package of reforms to the health insurance law. Insurees who require medical services will have to pay a greater contribution for these services in addition to their insurance premium, on the basis that a person who uses a service must help to pay for it. At the same time, the deductibles must be adjusted further to keep pace with rising costs.

If there is a move towards income-dependent franchises again, the version E II «High deductible», defined in section 4.1.2 of the final report, should be considered because it is the only model with income-dependent deductibles that can also be implemented in keeping with the data protection requirements.

1 Ausgangslage

1.1 Auftrag des Bundesrates⁵

Das Eidgenössische Departement des Innern wird beauftragt:

- realisierbare Modelle für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bei den Ärzten und allenfalls Spitalern und für die monistische Spitalfinanzierung vorzulegen, wobei die Grundversorgung garantiert bleiben soll;
- zu prüfen, wie die Verbreitung der Managed-Care-Modelle mit geeigneten Anreizsystemen gefördert werden kann. Es wird entsprechende Vorschläge unterbreiten;
- Vorschläge für die Steuerung der Nachfrage durch eine modifizierte Kostenbeteiligung (einkommensabhängige Franchise bzw. Kostenbeteiligung; nach medizinischer Leistung differenzierter Selbstbehalt) auszuarbeiten, deren ökonomische Anreizwirkung zu analysieren und dem Bundesrat vorzulegen;
- für die verschiedenen Arbeiten Expertinnen und Experten (Expertenkommission und Einzelaufträge) beizuziehen und dem Bundesrat einen diesbezüglichen Antrag (Mandat, Zusammensetzung, zeitliche Vorgaben) zu unterbreiten. Die Experten sind gehalten, auch das Zusammenwirken aller Massnahmen zu analysieren.

1.2 Auftrag des EDI bzw. BSV an das Teilprojekt «Kostenbeteiligung» (KOB)

1.2.1 Ausgangslage

Die Kostenbeteiligung der Versicherten (Franchise und Selbstbehalt) ist relativ tief, der Anreiz zu einem kostenbewussten Verhalten deshalb gering.

1.2.2 Kostenbeteiligung

- Evaluation von Modellen mit einer einkommensabhängigen Franchise (Machbarkeit, Folgen und ökonomischer Anreiz für Versicherte, Versicherer und Leistungserbringer);
- Evaluation von Modellen mit einem einkommensabhängigen Selbstbehalt (Machbarkeit, Folgen und ökonomischer Anreiz für Versicherte, Versicherer und Leistungserbringer);
- Evaluation von Modellen mit einer einkommensabhängigen Franchise **und** einem einkommensabhängigen Selbstbehalt (Machbarkeit, Folgen und ökonomischer Anreiz für Versicherte, Versicherer und Leistungserbringer);
- Klären, ob die heutigen Franchisen unabhängig von einer Änderung des Systems angepasst werden müssten (Teuerung seit 1996).
- Klären der Frage, ob das heutige System der wählbaren Franchisen erhalten bleiben soll. Wenn ja, welche Modelle sind denkbar?
- Differenzierte Kostenbeteiligung nach medizinischer Leistung (Modelle, Machbarkeit, Folgen und ökonomischer Anreiz für Versicherte, Versicherer und Leistungserbringer).

⁵ Auszug aus dem Protokoll der Bundesrats-Klausursitzung v. 22.5.02

- Frühzeitige Koordination der Arbeiten mit den anderen Teilprojekten, insbesondere im Hinblick auf eine allenfalls erforderliche Änderung des Risikoausgleichs.
- Verfassen eines Schlussberichts über das Teilprojekt.

1.2.3 Besonderes

Die bisherigen Erkenntnisse und die Vorbehalte gegenüber einem Systemwechsel sind in der Projektarbeit zu berücksichtigen.

Einkommensabhängige Franchise

Die Einführung einer einkommensabhängigen Franchise lehnte der Bundesrat bisher ab und verwies auf die «kaum lösbaren Probleme bei der Umsetzung und Durchführung»⁶. Die Vorbehalte im Einzelnen:

- Die Erfassung von Einkommen und Vermögen aller Versicherten würde den Verwaltungsaufwand und die damit verbundenen Kosten beträchtlich erhöhen.
- Besonders schützenswerte Personendaten – insbesondere die Angaben zur finanziellen Situation – müssten an die Versicherer weitergegeben werden (Datenschutz).
- 26 Systeme zur Prämienverbilligung müssten aufeinander abgestimmt werden.
- Die wählbaren Franchisen würden kaum mehr benutzt.

Differenzierte Kostenbeteiligung nach medizinischer Leistung

Im Sommer 1999 diskutierte die Eidgenössische Leistungskommission (ELK) mögliche Kriterien zur Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Kostenbeteiligung für bestimmte medizinische Leistungen. Ziel war die Umsetzung von Art. 64 KVG (Abs. 6 Bst. a und b). Dabei tauchten mehrere Vorbehalte auf:

- Es gibt keine krankheits- oder indikationsbedingte Kriterien für eine Erhöhung bzw. Reduktion der Kostenbeteiligung.
- Es dürfte schwierig sein, einen Konsens zu finden, für welche Krankheiten die Kostenbeteiligung reduziert werden soll. Noch schwieriger ist der Konsens bei der Erhöhung der Kostenbeteiligung.
- Erheblicher administrativer Aufwand.
- Im Schlussbericht kamen die IMIB - Experten⁷ zum Schluss, dass die verfügbare Datenbasis ungenügend ist: «Es wäre zunächst Transparenz hinsichtlich Krankheitsfällen, medizinischen Leistungen und Kostenbelastungen herzustellen, bevor über eine Umverteilung der Krankheitskosten entschieden wird».

1.2.4 Auftrag an alle Teilprojekte

- Laufende Prüfung der von den anderen Teilprojektgruppen erarbeiteten Vorschläge. Sind sie gegenseitig vereinbar? Sind sie vereinbar mit dem System der sozialen Krankenversicherung?
- Beschaffen von Zahlen und Fakten für die Analyse der Vorschläge.
- Frühzeitige Koordination der Arbeiten mit den anderen Teilprojekten, insbesondere im Hinblick auf eine allenfalls erforderliche Änderung des Risikoausgleichs.

⁶ siehe «Soziale Krankenversicherung – Analyse», Bundesratsklausur vom 22. Mai 2002

⁷ Institut für Medizin Informatik und Biostatistik, Basel; Schlussbericht vom 19. 7.1999 zuhanden ELK

- Verfassen eines Schlussberichts über das Teilprojekt.
- Der Teilprojektleiter erstattet regelmässig Bericht an die Steuergruppe und das EDI (via Gesamtprojektleitung). Er meldet bis spätestens Ende November 2002 der Gesamtprojektleitung, welche neuen Daten oder Statistiken zur Erfüllung der Aufträge beschafft werden müssen. Zudem informiert er den Teilprojektleiter «Zusammenwirken der Massnahmen» laufend über die erarbeiteten Vorschläge und wirkt mit bei der Analyse der im gesamten Kontext zu erwartenden Auswirkungen der Vorschläge.

1.2.5 Entscheide der Steuergruppe zum Gesamtprojekt⁸

Übergeordnetes Projektziel

Arbeitsgruppen, Projektleiter und Steuergruppe müssen ihre Entscheide an einer übergeordneten Vorgabe messen können. Deshalb wird das folgende Projektziel formuliert:

«Mit der Revision wird das KVG auf der Basis der bisherigen Zielsetzung (Solidarität, Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Medizin, Kostendämpfung) weiterentwickelt. Insbesondere werden wettbewerbliche Elemente sowie die Anreize zu einer angemessenen Leistungserbringung gestärkt und die Transparenz verbessert. Damit soll bei allen Akteuren das Kosten- und Qualitätsbewusstsein gefördert und die Effizienz im Gesundheitswesen verbessert werden.»

Chronisch Kranke:

- «Mit dem Begriff sind nicht nur die allgemein als «Chroniker» bezeichneten Kranken gemeint, sondern auch Personen, die über einen längeren Zeitraum eine intensive medizinische Betreuung brauchen. Die Teilprojektleiter diskutieren in ihrem Zwischenbericht von Ende Januar 2003 in einem separaten Kapitel, wie sich ihre Vorschläge auf diese Gruppe von Kranken auswirken und schlagen allenfalls Abfederungsmassnahmen vor.»
- «Die Schlussberichte müssen ein Kapitel zur speziellen Situation der chronisch Kranken enthalten. Wie wirken sich die Vorschläge aus? Wie können negative Effekte abgedeutet werden?»

1.2.6 Entscheide der Steuergruppe zum Teilprojekt Kostenbeteiligung

Sitzung vom 18.11.02

- «Die weitere Arbeit bei der einkommensabhängigen Kostenbeteiligung soll sich vor allem am Oberziel orientieren, die Anreize so zu verändern, dass Arztbesuche bei Bagatellfällen und unnötige Abklärungen reduziert werden können (kostenbewusstes Verhalten der Versicherten).»
- «Beim Thema «Differenzierte Kostenbeteiligung nach medizinischer Leistung» sind nicht Krankheiten zu definieren, für die eine höhere oder tiefere Kostenbeteiligung gelten könnte, sondern konkrete Leistungen oder Leistungsgruppen.»

Sitzung vom 30.01.03

- «Im Schlussbericht muss die Frage diskutiert werden, wie sich eine Erhöhung der Kostenbeteiligung auf das Verhalten und die Gesundheit der Bevölkerung auswirkt.? Wann kippt die «Kostenverlagerung» in eine «Verhaltensänderung»?». → *Dies bedeutet: «Wie wirkt sich die Erhöhung der Kostenbeteiligung auf die Nachfrage nach Leistungen aus».*
- «Der Ansatz «Kostenbeteiligung nach Diagnose/Krankheit» sollte noch nicht verworfen werden. Zu klären ist, wie andere Länder mit diesem Thema umgehen. Zudem ist zu prüfen, ob eine abgestuf-

⁸ Sitzung der Steuergruppe vom 18.11.02; wörtliche Zitate aus den Protokollen

te Kostenbeteiligung nach grossen Gruppen («Prävention», «live saving», «live style») möglich und sinnvoll wäre. In diesem Zusammenhang müsste die Frage diskutiert werden, ob Leistungserbringer verpflichtet werden müssen, eine präzise Diagnose nach internationalen Normen zu stellen.»

1.3 Auftragsanalyse

Der Auftrag des BR bzw. EDI umfasst im wesentlichen drei Grundmodelle, die je in verschiedene Varianten aufgeteilt werden können:

- 1) Einkommensabhängige Kostenbeteiligungen
- 2) Modifikationen der heute geltenden Regelung
- 3) Kriterien für eine Abstufung nach medizinischen Leistungen

Die vertiefte Analyse dieser Varianten soll neben den Vor- und Nachteilen auch die Realisierbarkeit sowie die zeitlichen und gesetzgeberischen Anforderungen aufzeigen, um beurteilen zu können, welche Grundmodelle im Rahmen der 3. KVG Teilrevision zur Diskussion gestellt werden können. Die Schlussfolgerungen sind, soweit dies die zur Verfügung stehenden Daten zulassen, mit Modellrechnungen und weiteren statistischen Auswertungen zu untermauern.

2 Problemstellung und Zielsetzung

2.1 Definition der Kostenbeteiligung

2.1.1 Definition «Kostenbeteiligung» nach KVG

Die «Kostenbeteiligung» setzt sich gemäss KVG Art. 64 aus zwei Komponenten zusammen:

- Fester Jahresbetrag (Franchise): fester Betrag in Franken
- Selbstbehalt: Anteil zu Lasten der erkrankten Person in Prozent der die Franchise übersteigenden Behandlungskosten mit einer maximalen Begrenzung.

und kann wie folgt definiert werden:

Die direkte finanzielle Beteiligung der Versicherten bei der persönlichen Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wird als Kostenbeteiligung⁹ bezeichnet. Davon zu unterscheiden sind direkte Käufe von Leistungen und Gesundheitsgütern, wie die Selbstmedikation, für die kein gesetzlicher Leistungsanspruch besteht. Leistungsausgrenzungen, wie etwa durch Negativlisten, führen somit definitorisch zu direkten Käufen, sind also nicht Kostenbeteiligungen.

Zudem leisten die Versicherten einen nach der finanziellen Belastung der Familie abgestuften Beitrag an die Kosten des Aufenthaltes im Spital (Art. 64 Abs. 5 KVG).

2.1.2 Allgemeinere Definition «Kostenbeteiligung»¹⁰

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung der deutschen Volkswirtschaft umschreibt den über unserer Definition «Kostenbeteiligung» stehenden Begriff der Selbstbeteiligung wie folgt:

Selbstbeteiligungen von Versicherten zielen darauf ab, das in Versicherungen typische moralische Risiko der Überinanspruchnahme von Leistungen zu verringern. Der Sachverständigenrat unterscheidet direkte und indirekte Selbstbeteiligungen:¹¹

Direkte Selbstbeteiligung

- **Franchise pro Periode:** Der Versicherte trägt pro Versicherungsperiode¹² die Kosten der versicherten Risiken bis zu einer festgelegten Höhe selbst. Die diesen Betrag überschreitenden Aufwendungen werden von der Versicherung übernommen oder mit einem prozentualen Selbstbehalt belastet. Franchisen können absolut, aber auch einkommensabhängig festgelegt werden.
- **Franchise pro Fall:** Der Versicherte trägt einen fixen Teil der Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen. Ein Beispiel dafür kann die stationäre Versorgung sein, bei der der Versicherte einen festen Betrag pro Tag für längstens n Tage im Jahr zu entrichten hat. Ebenfalls unter diese Bezeichnung fallen Praxisgebühren, wie sie z.T. in Deutschland diskutiert werden, die für jeden nicht präventiven Erstbesuch einer ambulanten Arztpraxis erhoben werden. Ziel dieser spezifischen Form ist es, die hohe Zahl von Arztkontakten zu verringern und die Selbstbehandlung von Bagatellerkrankungen zu fördern.

⁹ im Ausland z.T. als Zuzahlung bezeichnet

¹⁰ gemäss Definition des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung der deutschen Volkswirtschaft, Quelle: www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de

¹¹ in Anlehnung an die «Empfehlungen zur Gesundheitspolitik des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung der deutschen Volkswirtschaft»; Jahresgutachten 2002/03

¹² in der Regel Kalenderjahr

- **Prozentualer Selbstbehalt:** Der Versicherte trägt einen festgelegten Prozentsatz der Kosten für die medizinischen Leistungen selbst. Prozentuale Selbstbehalte werden regelmässig mit Ober- seltener auch mit Untergrenzen verknüpft. Diese Grenzen können sowohl absolut sein, also ein bestimmter Betrag pro Periode oder Fall, aber auch einkommensabhängig.
- **Indemnitätsstarif (Kostenbeitrag des Versicherers):** Hierbei erstattet die Versicherung einen festen Betrag pro Leistung, darüber hinausgehende Kosten trägt der Versicherte. Dies ist in der Schweiz beispielsweise bei Badekuren der Fall.
- **Sonderleistungszuschläge (Eingeschränkte Leistungspflicht des Versicherers):** Hierbei zahlt der Versicherte Zuschläge in Form von Gebühren für die Erstattung von Leistungen, die im Versicherungsvertrag nicht abgedeckt sind. Auf die Schweiz bezogen entspricht dies der heutigen Regelung für Mittel und Gegenstände (KVG Art. 52, Abs. 1, Bst. a, Ziff. 3). Denkbar beispielsweise auch bei Medikamenten, wenn bei Bezug eines Originalpräparates lediglich der Preis des Generikums vom Versicherer bezahlt wird.
- **Leistungsausschluss:** Der Versicherte zahlt die in Anspruch genommenen Leistungen komplett selbst. Dies entspricht einer Selbstbeteiligung von 100 %. Beispiele dazu sind die Zahnbehandlungen und bestimmte Naturheilverfahren.

Indirekte Selbstbeteiligung

- **Ausgleichszahlung:** Der Versicherte erhält für die Nichtinanspruchnahme von Wahlleistungen eine Ausgleichszahlung. Hierzu kann der Prämienrabatt bei Wahl einer höheren Franchise als Beispiel genannt werden.
- **Beitragsrückgewähr (Bonus):** Der Versicherte erhält einen Teil der Versicherungsprämie zurück, wenn er in einer festgelegten Periode keine Leistungen in Anspruch genommen oder die Kosten der Leistungen selbst getragen hat.

Ausnahmeregelungen

- Bis zu einer festgelegten Einkommensgrenze kann der Versicherte ganz oder Teilweise von der Selbstbeteiligung befreit werden.
- Medizinisch indizierte Ausnahmeregelungen für Selbstbehalte gelten beispielsweise für Leistungen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder für Präventivmassnahmen.

2.2 Zweck der Kostenbeteiligung

- Förderung Kostenbewusstsein der Versicherten und damit Änderung des Verhaltens bezüglich Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen.
- Finanzierungskomponente nach dem Verursacherprinzip.
- Eindämmung der Zahl der administrativen Bagatellfälle.

2.3 Hauptvarianten der Kostenbeteiligung

- p Prozent Selbstbehalt, zusätzlich q Franken Franchise pro Zeiteinheit oder Fall, maximal m Franken.
- p Prozent Selbstbehalt, mindestens q Franken Franchise pro Zeiteinheit oder Fall, maximal m Franken.

- erste q Franken Franchise pro Zeiteinheit oder Fall, p Prozent Selbstbehalt auf den Restkosten, maximal m Franken¹³.

Heute stehen praktisch nur noch Varianten mit Jahresfranchisen zur Diskussion.

2.4 Mögliche Definitionen des massgebenden Behandlungsspektrums

- Alle Behandlungen eines Versicherten bei mehreren Leistungserbringern pro Kalenderjahr (heute geltende Definition nach KVG Art. 103/1).
- Behandlung einer oder mehrerer Krankheiten bei einem Leistungserbringer im Zeitraum von N Tagen.
- Behandlung einer oder mehrerer Krankheiten bei einem oder mehreren Leistungserbringern im Zeitraum von N Tagen.
- Behandlung einer Krankheit durch den gleichen Leistungserbringer.
- Jede Ärztin/Patienten Kontakt.
- Jede Rechnung eines Leistungserbringers.

2.5 Elemente der Kostenbeteiligung

- Mindestansatz für alle Versicherten
- Abstufung nach Alter
- Abstufung nach Einkommen
- Abstufung nach medizinischer Leistung
- Frei wählbare Franchisen
- Frei wählbare Ansätze für den Selbstbehalt in Prozent
- Frei wählbarer maximaler Wert für den Selbstbehalt
- Kosten- und Behandlungsart: Ambulante Behandlung, stationäre Behandlung, Arzneimittel, Zahnbehandlung, besondere Leistungen, besondere Leistungserbringer etc.
- Schadenart: Krankheit, Unfall, Mutterschaft, Vorsorgeuntersuchungen etc.

2.6 Ökonomische Funktion der Kostenbeteiligung:

Die Kostenbeteiligung soll Anreize für den Versicherten schaffen, sich kostenbewusst zu verhalten. In diesem Sinne ist – aus rein ökonomischen Gesichtspunkten – eine hohe Beteiligung einer niedrigen vorzuziehen.

¹³ heute geltende Definition nach KVG Art. 64/1-3 mit Franchise pro Kalenderjahr

Franchise vs. Selbstbehalt: Die Franchise wirkt grundsätzlich stärker als der Selbstbehalt (= Selbstbehalt von 100 %). Der Übergang von der Franchise zum Selbstbehalt ab einem gewissen Betrag selber schafft keine negativen Anreize. D.h. vom ökonomischen Standpunkt aus ist Franchise und Selbstbehalt frei kombinierbar.

Ein Maximalbetrag für den Selbstbehalt wirkt grundsätzlich negativ für die ökonomischen Anreize. Sobald die Behandlungskosten den Maximalbetrag übersteigen, bestehen für den Versicherten keine Anreize mehr, Kosten zu sparen. Je niedriger diese Grenze angesetzt ist, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Obergrenze bereits beim «Wahlbedarf» überschritten wird.

Grundzüge einer ökonomisch orientierten Kostenbeteiligung:

- Hohe Franchise, hoher Selbstbehalt
- Ein hoher Maximalbetrag für den Selbstbehalt
- Sozialpolitische Abfederung der Kostenbeteiligung durch ein transparentes System der Rückerstattung gemäss Bedarf.

Weiter ist zu berücksichtigen, dass - insbesondere in tiers garant - bei hohen Kostenbeteiligungen ein grosser Teil der finanziellen Bagatellfälle statistisch nicht mehr erfasst werden. Dies erschwert die Qualitätskontrolle und die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Behandlung nach der Methode des statistischen Vergleichs.

2.7 Sozialpolitische Überlegungen

Eine rein ökonomische Argumentation führt zu Widersprüchen mit sozialpolitischen Anliegen. Dies ist besonders dann der Fall, wenn der Versicherte keine oder nur wenig Möglichkeit hat, mit seinem Verhalten die Kosten zu beeinflussen. Dies ist u. a. dann gegeben wenn

- eine teure Behandlung vom medizinischen Standpunkt aus gesehen unabdingbar ist
- ein chronisches Leiden vorliegt
- die Folgen eines Unfalls zu behandeln sind.

Dies bedeutet, dass eine Kostenbeteiligung nicht allein durch ökonomische Gesichtspunkte bestimmt werden sollte, sondern politisch abgefedert werden muss. Bei der Abfederung gibt es zwei grundlegende Probleme:

Die Anreize des Versicherten, sich kostenbewusst zu verhalten, werden kleiner. Medizinisch notwendige Massnahmen lassen sich nicht objektiv von Überversorgung unterscheiden. Es dürfte auch bei grösseren Behandlungen und bei chronischen Krankheiten unterschiedliche Behandlungsvarianten geben, die sich in ihren Kosten unterscheiden, ohne bezüglich Wirkung gross unterschiedlich zu sein. Vom ökonomischen Standpunkt aus müssten auch hier Anreize bestehen, die kostengünstigere Variante zu wählen.

Belastet die Kostenbeteiligung den Versicherten zu stark, besteht die Gefahr, dass empfohlene Vorsorge- und Präventivmassnahmen (z. B. auf dem Gebiet der Pädiatrie und der Gynäkologie) nicht oder zu spät eingeleitet werden. Daraus können hohe Folgekosten entstehen.

Hohe Kostenbeteiligungen können zudem bei Unfällen zu krassen ungleichen Behandlungen führen, weil für die Nichterwerbstätigen bei Unfällen die Krankenversicherung nach KVG zuständig ist. Für die obligatorisch dem UVG unterstellten Versicherten wird bei Unfällen keine Kostenbeteiligung erhoben.

2.8 Kostenbeteiligung nach KVG und KVV

2.8.1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) 832.10

vom 18. März 1994 (Stand am 1. Februar 2002)

5. Kapitel: Finanzierung

2. Abschnitt: Prämien der Versicherten:

Art. 62 Besondere Versicherungsformen

1 Der Versicherer kann die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 Absatz 4 vermindern.

2 Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen, namentlich solche, bei denen:

a. die Versicherten die Möglichkeit erhalten, sich gegen eine Prämienermässigung stärker als nach Artikel 64 an den Kosten zu beteiligen;

b. die Höhe der Prämie der Versicherten sich danach richtet, ob sie während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht.

2bis Die Kostenbeteiligung wie auch der Verlust der Prämienermässigung bei Versicherungsformen nach Absatz 2 dürfen weder bei einer Krankenkasse noch bei einer privaten Versicherungseinrichtung versichert werden. Ebenso ist es Vereinen, Stiftungen oder anderen Institutionen verboten, die Übernahme der Kosten, die sich aus diesen Versicherungsformen ergeben, vorzusehen. Von diesem Verbot ausgenommen ist die Übernahme von Kostenbeteiligungen auf Grund öffentlichrechtlicher Vorschriften des Bundes oder der Kantone.

3 Der Bundesrat regelt die besonderen Versicherungsformen näher. Er legt insbesondere aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse Höchstgrenzen für die Prämienermässigungen und Mindestgrenzen für die Prämienzuschläge fest. Der Risikoausgleich nach Artikel 105 bleibt in jedem Fall vorbehalten.

3. Abschnitt: Kostenbeteiligung

Art. 64

1 Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

2 Diese Kostenbeteiligung besteht aus:

a. einem festen Jahresbetrag (Franchise); und

b. 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

3 Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest.

4 Für Kinder wird keine Franchise erhoben, und es gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes. Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so sind für sie zusammen höchstens die Franchise und der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

5 Die Versicherten leisten zudem einen nach der finanziellen Belastung der Familie abgestuften Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital. Der Bundesrat setzt den Beitrag fest.

6 Der Bundesrat kann:

- a. für bestimmte Leistungen eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen;
- b. für Dauerbehandlungen sowie für Behandlungen schwerer Krankheiten die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben;
- c. die Kostenbeteiligung bei einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 Absatz 4 aufheben, wenn sie sich als nicht zweckmässig erweist;
- d. einzelne Leistungen der medizinischen Prävention von der Franchise ausnehmen. Dabei handelt es sich um Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonale organisierten Präventionsprogrammen durchgeführt werden.

7 Auf den Leistungen bei Mutterschaft darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben.

8 Kostenbeteiligungen dürfen weder bei einer Krankenkasse noch bei einer privaten Versicherungseinrichtung versichert werden. Ebenso ist es Vereinen, Stiftungen oder anderen Institutionen verboten, die Übernahme dieser Kosten vorzusehen. Von diesem Verbot ausgenommen ist die Übernahme von Kostenbeteiligungen auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften des Bundes oder der Kantone.

2.8.2 Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) 832.102

vom 27. Juni 1995 (Stand am 30. Juli 2002)

2. Kapitel: Prämien der Versicherten

1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

.....

Art. 93 Versicherung mit wählbaren Franchisen

a. Wählbare Franchisen

1 Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung eine Versicherung betreiben, bei der Versicherte eine höhere Franchise als nach Artikel 103 Absatz 1 wählen können (wählbare Franchisen). Die wählbaren Franchisen betragen für Erwachsene 400, 600, 1200 und 1500 Franken, für Kinder 150, 300 und 375 Franken. Betreibt der Versicherer diese Versicherungsform, hat er alle wählbaren Franchisen anzubieten.

2 Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts entspricht jenem von Artikel 103 Absatz 2.

3 Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so darf ihre Kostenbeteiligung das Zweifache des Höchstbetrages je Kind (wählbare Franchise und Selbstbehalt nach Art. 103 Abs. 2) nicht übersteigen. Wurden für die Kinder unterschiedliche Franchisen gewählt, so setzt der Versicherer die Höchstbeteiligung fest.

Art. 94 b. Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise

1 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht sämtlichen Versicherten offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

2 Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist frühestens ein Jahr nach dem Beitritt zur Versicherung mit wählbaren Franchisen unter Einhaltung der in Artikel 7 Absätze 1 und 2 des Gesetzes festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

3 Muss die versicherte Person den Versicherer aufgrund von Artikel 7 Absatz 3 oder

4 des Gesetzes verlassen, so ist Artikel 103 Absatz 4 sinngemäss anwendbar.

Art. 95 c. Prämien

1 Die Prämien für die Versicherung mit wählbaren Franchisen müssen von denjenigen der ordentlichen Versicherung ausgehen. Die Versicherer haben dafür zu sorgen, dass die Versicherten beider Versicherungsformen im versicherungstechnisch erforderlichen Masse an die Reserven und an den Risikoausgleich beitragen. 1bis Der Versicherer hat den Betrag, um den er eine Prämie herabsetzt, auf Grund versicherungsmässiger Erfordernisse festzulegen. Er berücksichtigt dabei insbesondere, dass die Reduktion pro Kalenderjahr nicht höher sein darf als das von den Versicherten mit der Wahl der höheren Franchise übernommene zusätzliche Risiko, sich an den Kosten zu beteiligen.

2 Die Versicherer können die Prämien der Versicherung mit wählbaren Franchisen gegenüber den Prämien der ordentlichen Versicherung höchstens in folgender Höhe reduzieren:

a. 8 Prozent bei einer Franchise von 400 Franken für Erwachsene;

b. 15 Prozent bei einer Franchise von 600 Franken für Erwachsene und 150 Franken für Kinder;

c. 30 Prozent bei einer Franchise von 1200 Franken für Erwachsene und 300 Franken für Kinder;

d. 40 Prozent bei einer Franchise von 1500 Franken für Erwachsene und 375 Franken für Kinder.

Art. 96 Bonusversicherung

a. Grundsatz

1 Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung eine Versicherung betreiben, bei der eine Prämienermässigung gewährt wird, wenn die versicherte Person während eines Jahres keine Leistungen in Anspruch genommen hat (Bonusversicherung). Ausgenommen sind Leistungen für Mutterschaft sowie für medizinische Prävention.

2 Als Periode für die Feststellung, ob Leistungen in Anspruch genommen worden sind, gilt das Kalenderjahr. Die Versicherer können jedoch eine um höchstens drei Monate vorverlegte Beobachtungsperiode vorsehen. In diesem Fall verkürzt sich im ersten Jahr der Zugehörigkeit zur Bonusversicherung die Beobachtungsperiode entsprechend.

3 Als Zeitpunkt der Inanspruchnahme einer Leistung gilt das Behandlungsdatum. Die Versicherer regeln, innert welcher Frist die Versicherten ihnen die Rechnungen einreichen müssen.

4 Die Bonusversicherung darf nicht in Verbindung mit einer wählbaren Franchise nach Artikel 93 angeboten werden.

.....

Art. 99 Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer

a. Grundsatz

1 Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung Versicherungen betreiben, bei denen die Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt ist.

2 Bei einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer kann der Versicherer auf die Erhebung des Selbstbehaltes und der Franchise ganz oder teilweise verzichten.

.....

3. Kapitel: Kostenbeteiligung

Art. 103 Franchise und Selbstbehalt

1 Die Franchise nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe a des Gesetzes beträgt 230 Franken je Kalenderjahr.

2 Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe b des Gesetzes beläuft sich auf 600 Franken für Erwachsene und 300 Franken für Kinder.

3 Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.

4 Bei Wechsel des Versicherers im Verlaufe eines Kalenderjahrs rechnet der neue Versicherer die in diesem Jahr bereits in Rechnung gestellte Franchise und den Selbstbehalt an. Wurden keine Franchise und kein Selbstbehalt in Rechnung gestellt, erfolgt eine Anrechnung unter dem Vorbehalt des entsprechenden Nachweises durch die Versicherten.

5 Das BSV kann den Versicherern für Versicherte, bei denen der Versicherungsschutz auf weniger als ein Kalenderjahr angelegt ist, auf Gesuch hin gestatten, eine einheitliche Jahrespauschale für Franchise und Selbstbehalt einzuführen. Diese muss dem Durchschnitt der ordentlichen Kostenbeteiligungen entsprechen. Die Versicherer haben dem BSV darüber Angaben nach Artikel 28 zu machen.

6 Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island, Liechtenstein oder Norwegen wohnen und die bei einem Aufenthalt in der Schweiz aufgrund von Artikel 95a des Gesetzes Anspruch auf internationale Leistungsaushilfe haben, wird eine Pauschale für Franchise und Selbstbehalt erhoben. Diese Pauschale beträgt für Erwachsene 70 Franken und für Kinder 25 Franken innerhalb eines Zeitraumes von 30 Tagen.

7 Für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder Norwegen wohnen und in der Schweiz erwerbstätig sind und für Versicherte, die in Belgien, Deutschland, den Niederlanden oder Österreich wohnen und sich aufgrund von Artikel 95a Buchstabe a des Gesetzes wahlweise im Wohnstaat oder in der Schweiz behandeln lassen können, gelten die Absätze 1–4 sinngemäss.

Art. 104 Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts

1 Der tägliche Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital nach Artikel 64 Absatz 5 des Gesetzes beträgt 10 Franken.

2 Keinen Beitrag haben zu entrichten:

a. Versicherte, welche mit einer oder mehreren Personen, mit denen sie in einer familienrechtlichen

Beziehung stehen, in gemeinsamem Haushalt leben;

b. Frauen für Leistungen bei Mutterschaft;

c. Versicherte nach Artikel 103 Absatz 6.

Art. 105 Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Kostenbeteiligung

1 Das Departement bezeichnet die Leistungen, für die nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe a des Gesetzes eine höhere Kostenbeteiligung zu entrichten ist, und bestimmt deren Höhe. Es kann auch eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen, wenn die Leistungen:

a. während einer bestimmten Zeit erbracht worden sind;

b. einen bestimmten Umfang erreicht haben

2 Ist ein höherer als der in Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe b des Gesetzes festgelegte Selbstbehalt zu entrichten, wird der den gesetzlichen Ansatz übersteigende Betrag nur zur Hälfte an den Höchstbetrag nach Artikel 103 Absatz 2 angerechnet.

3 Das Departement bezeichnet die Leistungen, für die nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe b des Gesetzes die Kostenbeteiligung herabgesetzt oder aufgehoben ist. Es bestimmt die Höhe der herabgesetzten Kostenbeteiligung.

3bis Das Departement bezeichnet die Leistungen, welche nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d des Gesetzes von der Franchise ausgenommen sind.

4 Vor Erlass der Bestimmungen nach den Absätzen 1, 3 und 3bis hört das Departement die zuständige Kommission an.

3 Vorgehen

3.1 Arbeitsgruppe «Kostenbeteiligung»

Tabelle 3 Mitglieder der Arbeitsgruppe Kostenbeteiligung

Organisation / Behörde	Name	Ort
Teilprojektleiter	Heinz Schmid	4105 Biel-Benken
santésuisse	Michael Bertschi	4502 Solothurn
santésuisse (bis 15.2.03)	Martin Horisberger	3073 Gümligen
santésuisse (ab 16.2.03)	André Schmidt	1920 Martigny
SDK	Gianfranco Domenighetti	6500 Bellinzona
FMH	Yves Ecoffey	1007 Lausanne
EVD (Seco)	Werner Aeberhardt	3003 Bern
Schweiz. Patientenstellen (DVSP)	Erika Ziltener	8042 Zürich
Patientenorganisation (SPO)	Margrit Kessler	8025 Zürich
BSV (Ressort Aufsicht KV 2)	Theodor Laubscher	3003 Bern
BSV (Ressort Med. Leistungen)	Pedro Koch (bis 31.1.03)	3003 Bern
BSV (Ressort Med. Leistungen)	Felix Gurtner (ab 1.2.03)	3003 Bern
BSV (Statistik)	Herbert Känzig	3003 Bern
BSV (Mathematik)	Werner Gredig	3003 Bern
BSV (Medikamente)	Dominique Marcuard	3003 Bern
Protokoll der Arbeitsgruppe	Corinne Erne	3003 Bern
Gesamtleitung «Grundlagen 3. KVG-Teilrevision»	Adrian Schmid	3003 Bern

3.2 Phasenplan

Die Arbeitsgruppe «Kostenbeteiligung» hat

- gestützt auf ein Arbeitspapier des Teilprojektleiters insgesamt 12 verschiedene Modelle diskutiert,
- sich für die Weiterverfolgung von 8 Modellen entschieden,
- die verschiedenen Vorschläge und Subvarianten zu zwei Hauptvarianten mit je zwei Subvarianten sowie einer Modifikation der heute geltenden Kostenbeteiligung zusammengefasst,
- Kenntnis genommen von den umfangreichen statistischen Auswertungen,
- die resultierenden Varianten bezüglich Stärken, Schwächen, Realisierbarkeit und verschiedene Auswirkungen analysiert,

- die Koordination mit den anderen Teilprojekten, insbesondere Managed Care, vertieft,
- die Erkenntnisse aus dem Workshop vom 12.2.03 einfliessen lassen,
- Vergleiche mit ausländischen Gesundheitssystemen vorgenommen,
- konkrete Entwürfe für die Gesetzesänderungen ausgearbeitet,
- die konkreten Schlussfolgerungen gezogen und,
- den Schlussbericht redigiert.

3.3 Grundlagen

3.3.1 KVG, KVV und parlamentarische Vorstösse

- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), 832.10 (Art. 62, 64)
- Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), 832.102 (Art. 93 –96, 99, 103 – 105)
- Diverse parlamentarische Vorstösse und Stellungnahmen des BR seit 1996

Postulat Cavalli, 96.3632

Motion Sommaruga, 01.3597

Antrag Stahl¹⁴

Antrag Gutzwiller¹⁵

Antrag Gross Jost¹⁶

Antrag Stahl¹⁷

BR in Beantwortung 96.3632 Postulat NR Cavalli

BR in Beantwortung 00.1143 Einfache Anfrage SR Berger

BR in Beantwortung 01.3597 Motion NR Sommaruga

BR in Beantwortung 01.3343 Motion NR Antille

BR in Beantwortung 01.3409 Interpellation NR Zäch

BR in Beantwortung 02.3226 Dringliche Interpellation SP Fraktion

BR in Beantwortung 02.3229 Dringliche Interpellation FdP Fraktion

¹⁴ vom 26. Juni 2002 (Nr. 95 korrigiert)

¹⁵ vom 26. Juni 2002 (Nr. 92)

¹⁶ vom 6. September 2002 (Nr. 65, korrigiert)

¹⁷ vom 5. September 2002 (Nr. 98, korrigiert)

3.3.2 Statistiken des BSV

3.3.2.1 Statistik über die Krankenversicherung 2001¹⁸

Im Jahre 2001 betragen die Ausgaben der Krankenversicherer für Leistungen gemäss KVG insgesamt 16,4 Mrd Franken. Davon wurden 2,4 Mrd Franken, das sind knapp 15 % als Kostenbeteiligung von den Versicherten getragen. Die Prämieinnahmen der Versicherer für die obligatorische Krankenpflegeversicherung beliefen sich auf 14,0 Mrd Franken (Angaben aus Bundesamt für Sozialversicherung, Statistik über die Krankenversicherung 2001, Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung).

3.3.2.2 Statistik der wählbaren Franchisen in der Krankenversicherung 1999¹⁹

Im Jahr 2001 hatten 46,5 % der Versicherten eine erhöhte Franchise gewählt. Die Versicherer vergüteten 1999 durchschnittlich weniger Leistungen an die Versicherten, die eine Versicherung mit wählbarer Franchise abgeschlossen hatten, als an die übrigen Versicherten (vgl. Statistik der wählbaren Franchisen in der Krankenversicherung 1999, Bundesamt für Sozialversicherung, Bern 2000). Dafür gibt es mehrere mögliche Erklärungen:

- a) höhere Kostenbeteiligung;
- b) unterschiedliche Alters- und Geschlechtsstruktur; grundsätzlich werden die unterschiedlichen Kostenrisiken nach Alter und Geschlecht durch den Risikoausgleich ausgeglichen;
- e) besserer Gesundheitszustand; es ist anzunehmen, dass vorwiegend gesunde Versicherte ihre Franchise erhöhen, soweit sie ihre Krankheitskosten für das nächste Jahr abschätzen können; die Wahl der Franchisestufe aufgrund der erwarteten Gesundheitskosten wird dadurch begünstigt, dass die Höhe der Franchise jedes Jahr neu gewählt werden kann;
- f) Verhalten der Versicherten, sie haben eine höhere Eigenverantwortung und nehmen weniger Leistungen in Anspruch.

Es wird angenommen, dass die erhöhten Franchisen vorwiegend von Personen mit geringem Krankheitsrisiko gewählt werden. Diese sollen einen Solidaritätsbeitrag an die Finanzierung der Krankenversicherung der anderen Versicherten leisten. Deshalb hat der Bundesrat die maximalen Prämienrabatte, die ihnen gewährt werden können, in Artikel 95 KVV einerseits betragsmässig (Absatz 1bis) und andererseits prozentual (Absatz 2) festgelegt. Je nach Höhe der Prämie kommt die betragsmässige oder die prozentuale Höchstgrenze zum Tragen.

3.3.3 Daten der grossen Krankenversicherer des Jahres 2001

Durch die Vermittlung von santésuisse stehen die Daten über die Erkrankten und deren Bruttobehandlungskosten im Jahre 2001 von den grossen Krankenversicherern zur Verfügung.

Die Behandlungskosten und die Anzahl der Erkrankten sind nach Geschlecht, 22 Altersgruppen und 26 Kantonen abgestuft. Die Behandlungskosten und die entsprechende Zahl der Erkrankten sind in Kostenintervalle von 50 Franken aufgeteilt. Dies ergibt 314'150 Records, enthaltend die Zahl der Erkrankten, deren Behandlungskosten, die Altersgruppe, das Geschlecht, den Wohnkanton und die Kostenklasse (z.B. CHF 600 bis 650). Diese Daten entsprechen, gemessen an der Zahl der Versicherten, einer gesamtschweizerischen Abdeckung von 81 %.

3.3.4 AHV Einkommen der Jahre 1998-2000 nach Alter

Das BSV konnte die AHV-Einkommen pro Jahr und die Zahl der Beitragspflichtigen für die Jahre 1998

¹⁸ Angaben BSV, Statistik über die Krankenversicherung 2001, Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Bundesamt für Sozialversicherung, Bern 2002

¹⁹ Statistik der wählbaren Franchisen in der Krankenversicherung 1999, Bundesamt für Sozialversicherung, Bern 2000

– 2000, abgestuft nach Geschlecht, Nationalität (Schweizer, Ausländer), 14 Altersgruppen, in Schritten von 2'000 Franken pro Jahr zur Verfügung stellen.

Diese Statistiken wurden für die Modellrechnungen der einkommensabhängigen Kostenbeteiligung herangezogen, weil andererseits weder die Eidg. Steuerverwaltung noch die kantonalen Steuerbehörden altersabhängige Steuerzahlen kurzfristig anbieten konnten.

3.3.5 Einkommens- und Verbrauchserhebung 1998 des BfS

Das Bundesamt für Statistik konnte die Daten der Einkommens- und Verbrauchserhebung 1998 (EVE 1998), abgestuft nach 6 Altersklassen und 7 Einkommensklassen für das monatliche äquivalente Medianeinkommen, die prozentuale Verteilung der Haushalte, die durchschnittliche Anzahl Personen pro Haushalt nach OECD - Äquivalenzskala zur Verfügung stellen. Diese Daten gestatten ebenfalls gewisse Berechnungen auf dem Gebiet der einkommensabhängigen Kostenbeteiligungen. Insbesondere geben sie einen – wenn auch nur groben - Hinweis über die Familiengrösse, abgestuft nach Altersgruppe und Einkommensklasse.

3.3.6 Information der EStV über die Abzugsmöglichkeiten von Krankheitskosten

Einzelne Kantone gewähren einen Abzug, wenn durch Krankheit, Invalidität oder Unfall des Steuerpflichtigen und der von ihm unterhaltenen Personen Arzt-, Zahnarzt- und Arzneikosten entstehen, die der Steuerpflichtige selber trägt und die einen bestimmten Selbstbehalt übersteigen:

Je nach Kanton bestehen die folgenden Einschränkungen

Tabelle 4 Abzugsmöglichkeiten von Krankheitskosten²⁰

<ul style="list-style-type: none"> ZH, BE, LU, UR, OW, FR, SO, BS, SH, AI, AR, GR, AG, TG, TI, VD, NE, JU, Bund: 5 % des Reineinkommens als Selbstbehalt
<ul style="list-style-type: none"> SZ: 3 % des Reineinkommens als Selbstbehalt
<ul style="list-style-type: none"> NW: 5 % des Reineinkommens als Selbstbehalt; Chronischkranke und behinderte Personen können als anrechenbare krankheits- oder invaliditätsbedingte Mehrkosten eine Pauschale geltend machen, abgestuft nach Art der Invalidität bzw. Krankheit. Die Pauschalabzüge liegen zwischen 2'700 und 7'800 Fr.
<ul style="list-style-type: none"> GL: 3 % des Reineinkommens als Selbstbehalt
<ul style="list-style-type: none"> ZG: 5 % des Reineinkommens als Selbstbehalt; Die Kosten für den Aufenthalt in Heil-, Kur und Pflegeanstalten sind nur im Ausmass der Mehrkosten gegenüber dem normalen Lebensunterhalt abziehbar.
<ul style="list-style-type: none"> BL: ohne Selbstbehalt
<ul style="list-style-type: none"> SG: 2 % des Nettoeinkommens als Selbstbehalt
<ul style="list-style-type: none"> VS: 2 % des Reineinkommens als Selbstbehalt; Höchstbetrag 10'860 Franken
<ul style="list-style-type: none"> GE: 1 % des Reineinkommens als Selbstbehalt

²⁰ Quelle: EStV. <http://www.estv.admin.ch/data/sd/d/mappen/fremd/krank.pdf>

3.3.7 Statistiken mit altersabhängigen Steuerdaten von Bund und Kantone

Für die Modellrechnungen der einkommensabhängigen Kostenbeteiligungen werden Statistiken über die Bundes- oder Staatssteuern in Abhängigkeit des Alters benötigt. Kantonale Steuerdaten eignen sich vermutlich als Bemessungsgrundlage für die wirtschaftliche Situation der einzelnen Versicherten am besten. In der zur Verfügung stehenden Zeit war es nicht möglich, derartige Statistiken zu erhalten. Weil andere Zweige der Sozialversicherungen weitgehend auf den kantonalen Verhältnissen basieren (EL, Prämienverbilligungen nach KVG etc.) sollten diese altersabhängigen Statistiken ebenfalls pro Kanton vorliegen und zudem auch die Haushaltsgrössen nach OECD – Äquivalenzskala - enthalten. Weil diese Daten nicht zur Verfügung standen, mussten für die Modellrechnungen die Daten über die AHV-Einkommen und die EVE 1998 des BfS als grobe Näherung herangezogen werden.

3.3.8 Datenschutz

Bei Kostenbeteiligungsmodellen, die einkommensabhängige Franchisen oder Selbstbehalte vorsehen, stellen sich sehr rasch Fragen zum Datenschutz. Dabei sind grundsätzlich zwei Sichtweisen zu berücksichtigen:

Datenschutz aus juristischer Sicht

Aus juristischer Sicht ist zu klären, wie der Zugang zu individuellen Einkommensdaten geregelt ist. Welche Regelungen bestehen auf Bundes-, Kantons- oder Gemeindeebene? Wie werden Steuerdaten im Rahmen des Datenschutzes behandelt?

Dazu ist vorweg anzumerken, dass die Kantone die Einkommenssteuern erheben (auch die direkte Bundessteuer) und damit den Zugang zu den individuellen Einkommensdaten haben. Die meisten Kantone haben Datenschutzgesetze und zusätzliche Regelungen in ihren Steuergesetzen.

Das Bundesgesetz über den Datenschutz vom 19. Juni 1992²¹ ist gemäss seinem Artikel 2 nur auf private Personen und Bundesorgane anwendbar, somit nicht auf kantonale Organe. Hingegen stellen die Artikel 112a des Bundesgesetzes über die direkte Bundessteuer²² und Artikel 39a des Bundesgesetzes über die Harmonisierung der direkten Steuern der Kantone und Gemeinden²³ Regeln auf, welche Daten zwischen eidgenössischen und kantonalen Behörden wie ausgetauscht werden dürfen. Zu beachten ist, dass nach BGE 128 II 311 Artikel 112 DBG eine Sondervorschrift ist, die der Gesetzgebung im Bereich des Datenschutzes vorgeht.

Steuerdaten unterliegen in erster Linie dem Steuergeheimnis, dann aber auch den Datenschutzbestimmungen. Bei den Einkommensdaten sind dies in erster Linie die kantonalen Datenschutzbestimmungen. Enthalten diese keine Bestimmungen über die Datensicherheit, ist für die Einkommensdaten der direkten Bundessteuer Artikel 112 a Absatz V DBG anwendbar²⁴.

Datenschutz aus psychologischer Sicht

Angaben über persönliche Einkommens- und Vermögensverhältnisse zählen zu denjenigen Daten, welche der einzelne Bürger möglichst nicht offenbaren will. Werden nun Modelle zur Diskussion gestellt, die einkommensabhängige Franchisen und/oder Selbstbehalte vorsehen, müssen die mit der Durchführung der Krankenversicherung betrauten Stellen rasch Zugriff auf die aktuellen Einkommens- und Vermögensdaten haben. Bei der Abrechnung der einzelnen Krankheitsfälle wird die Leistungspflicht des Versicherers abgeklärt und die Kostenbeteiligung festgelegt. Dies bedingt, dass den mit diesen Aufgaben betrauten Personen in der Verwaltung der Versicherer in der Regel die Informationen über die wirtschaftlichen Verhältnisse der erkrankten Personen auf einfache Weise zugänglich sind. Die Vertraulichkeit dieser besonders schützenswerten Daten kann in Berücksichtigung der grossen Zahl von Behandlungsfällen kaum garantiert werden. Es darf angenommen werden, dass die Mehrheit der Leistungsbezüger nicht

²¹ DSG; Systematische Rechtssammlung [SR] 235.1

²² DBG; SR 642.11

²³ StHG; SR 642.14

²⁴ vgl. Botschaft über die Schaffung und die Anpassung gesetzlicher Grundlagen für die Bearbeitung von Personendaten vom 25. August 1999, in Bundesblatt 1999 Seite 9030 oben

akzeptieren können, dass bei jedem Krankheitsfall das Abrechnungspersonal des Krankenversicherers direkten Zugang zu den Einkommens- und Vermögensdaten hat. Auch wenn dieser Zugriff durch Gesetze und Verordnungen klar geregelt wäre, könnte sich ein Grossteil der Versicherten kaum mit dieser Situation abfinden. Diese psychologische Sicht gilt es bei den Modellen mit einkommensabhängigen Kostenbeteiligungen zu berücksichtigen.

3.4 Modellrechnungen

3.4.1 Grundsätzliches

Die von santésuisse zur Verfügung gestellten Daten können als repräsentativ angesehen werden. Trotzdem müssen zu den Modellrechnungen einige Vorbehalte angebracht werden:

- Die Daten enthalten nur diejenigen Behandlungskosten, die den Kassen für das Jahr 2001 gemeldet worden sind. Dies bedeutet, dass insbesondere die im Bereich der Kostenbeteiligung liegenden Behandlungskosten unvollständig erfasst worden sind. Einzelne Kassen fordern ihre Versicherten auf, alle Behandlungskosten zu melden. Die Kassen führen damit eine Rechnungskontrolle (richtige Tarifierung seitens der Leistungserbringer) durch und führen für den Versicherten eine Art Kontokorrent. Sie teilen dem Versicherten mit, wenn die Behandlungskosten den Betrag der Franchise überschritten haben.
- Die Daten sind nicht nach den effektiv gewählten Kostenbeteiligungen der Versicherten abgestuft. Die Risikobestände wären vermutlich zu klein, um pro frei gewählte Franchise eine getrennte Auswertung vorzunehmen. Dies gilt insbesondere für die Franchisen von CHF 1'200 und 1'500.
- Daraus folgt, dass vor allem die betragsmässig kleinen Behandlungsfälle nur teilweise vertreten sind. Die bei den Versicherern anfallenden Bruttobehandlungskosten sind sicher kleiner als die Summe aller Rechnungen der Leistungserbringer für medizinische Leistungen an ihre Patienten. Die Frage, wie hoch die Summe der Bruttobehandlungskosten der nach KVG obligatorisch versicherten Personen in der Schweiz sei, lässt sich nicht exakt beantworten. So müssen sich auch die statistischen Auswertungen mit denjenigen Behandlungskosten begnügen, die den Versicherern von den Versicherten oder den Leistungserbringern gemeldet werden.
- Bei den Modellrechnungen ist nicht berücksichtigt worden, dass bei hohen Franchisen die Zahl der Abrechnungsbelege sicher rückläufig ist, weil die Versicherten die kleinen Fälle nicht einsenden. Die daraus resultierenden administrativen Einsparungen sind nicht berechnet worden. Es kann aber festgestellt werden, dass bei einer Franchise von 230 Franken rund 18 % der erwachsenen Erkrankten Kosten pro Jahr von weniger als 230 Franken aufweisen. Bei 500 Franken sind es bereits rund 30 % der Erkrankten. Bei den erkrankten Kindern (Alter 0 – 18) haben gut 20 % Kosten pro Jahr von weniger als 100 Franken und rund 50 % der erkrankten Kinder haben Bruttobehandlungskosten von weniger als 350 Franken. Wenn die Belege dieser Versicherten die Administration der Kassen nicht mehr belasten, sind einige zusätzliche Einsparungen zu erwarten.
- Der Wunsch nach dynamischen Berechnungen²⁵ ist berechtigt. Die entsprechenden Daten stehen aber leider nicht zur Verfügung. Es gibt kaum zuverlässige Studien, weil die zu untersuchenden Risikobestände in der Regel andere Strukturen aufweisen.²⁶

3.4.2 Wahl der optimalen Franchise

Weiter ist zu berücksichtigen, dass tendenzmässig eher die gesunden Versicherten höhere Franchisen wählen. Viele Versicherte realisieren nicht, dass die heute noch geltenden Rabattsätze für wählbare

²⁵ unter Berücksichtigung der Verhaltensänderung der Versicherten infolge höherer Kostenbeteiligung

²⁶ Risikobestände mit höheren Franchisen enthalten tendenzmässig eher jüngere und gesündere Versicherten als diejenigen mit der Basis-Franchise.

Franchisen auch bei hohen Behandlungskosten zusammen mit den reduzierten Prämien Totalbelastungen für die Versicherten ergeben, die auch bei hohen Behandlungskosten insgesamt nicht höher liegen als mit der tiefen gesetzlichen Franchise und hohen Prämien. Dies gilt besonders für Prämien, die über dem schweizerischen Mittel von rund 250 Franken pro Monat liegen. Als Illustration dazu dienen die Grafiken 1 (Kinder) und 2 (Erwachsene) unter der Annahme, dass die Versicherer den nach Gesetz²⁷ höchstmöglichen Prämienrabatt effektiv auch gewähren.

Grafik 1 Jahresprämie plus KOBE in Abhängigkeit der Kosten (Kinder)

Grafik 1 (siehe Anhang) zeigt die Gesamtbelastung pro Jahr aus Prämie und Kostenbeteiligung für die möglichen vier Franchisen der Kinder für Behandlungskosten in Schritten von 250 Franken bei einer Monatsprämie von 100 Franken. Dabei wird angenommen, dass die gemäss KVV Art. 95, Abs. 2 maximal möglichen Prämienrabatte gewährt werden. Gleichzeitig gilt aber auch die Einschränkung von KVV Art. 95, Abs. 1, wonach die Reduktion pro Kalenderjahr nicht höher sein darf als das von den Versicherten mit der Wahl der höheren Franchise übernommene zusätzliche Risiko, sich an den Kosten zu beteiligen. Bei einer Franchise von 375 Franken beträgt der maximale Rabatt 40 % von 1'200 Franken, d.h. 480 Franken. Weil die Franchise und damit auch das zusätzlich übernommene finanzielle Risiko kleiner ist, wird der Rabatt auf 375 Franken begrenzt. Die Gesamtbelastung aus reduzierter Prämie und der von den Kosten abhängigen Kostenbeteiligung ist bis zu Behandlungskosten von 3'000 Franken plus Franchise stets tiefer als die Basisprämie plus Basiskostenbeteiligung.

Grafik 2 Jahresprämie plus KOBE in Abhängigkeit der Kosten (Erwachsene)

Grafik 2 zeigt grundsätzlich denselben Sachverhalt wie die Grafik 1, jetzt aber bei einer Monatsprämie von 300 Franken für die Erwachsenen, welche aus vier zusätzlichen Franchisen auswählen können. Die reduzierten Prämien plus die höheren Kostenbeteiligungen sind bis zu Behandlungskosten von bis zu 6'000 Franken plus Franchise immer kleiner als die Basisprämie plus Basiskostenbeteiligung.

Was bereits grafisch klar ersichtlich ist, kann rechnerisch wie folgt nachgewiesen werden: Wir suchen für die einzelnen Wahlfranchisen die Grenzprämie, bei welcher der Prämienrabatt gleich dem zusätzlich übernommenen finanziellen Risiko wird. Wir erhalten für die Kinder:

Tabelle 5 Grenzprämien für die Wahlfranchisen (Kinder)

Wahlfranchise	maximaler Rabatt		Grenzprämie	
	in %	in Franken	pro Monat	pro Jahr
150	15 %	150	83	1'000
300	30 %	300	83	1'000
375	40 %	375	78	938

und für die Erwachsenen:

Tabelle 6 Grenzprämien für die Wahlfranchisen (Erwachsene)

Wahlfranchise	maximaler Rabatt		Grenzprämie	
	in %	in Franken	pro Monat	pro Jahr
400	8 %	170	177	2'125
600	15 %	370	206	2'467
1'200	30 %	970	269	3'233
1'500	40 %	1'270	264	3'175

²⁷ KVV Art. 95 c.

Liegen die Basisprämien höher als die obenstehenden Grenzbeträge, hat der Erkrankte in keinem Fall, d.h. unabhängig von der Höhe der Behandlungskosten, mit einer Wahlfranchise höhere Gesamtbelastungen (reduzierte Prämie und Kostenbeteiligung) als mit der Basisfranchise von 230 Franken (Erwachsene) bzw. 0 Franken (Kinder).

Die Differenz bzw. der erzielbare «Gewinn» lässt sich in Abhängigkeit der Kosten und der Wahlfranchise für Kinder wie folgt berechnen:

mit B = Behandlungskosten; WF = Wahlfranchise und D = Differenzbetrag:

$0 \leq B \leq WF$	$D = WF - 0,9 B$
$F \leq B \leq 3'000 + WF$	$D = 0,1 WF$
$3'000 + WF \leq B$	$D = 0$

und für die Erwachsenen:

$0 \leq B \leq 230$	$D = WF - 230$
$230 \leq B \leq WF$	$D = WF - 230 - 0,9(B - 230)$
$WF \leq B \leq 6'000 + WF$	$D = 0,1 (WF - 230)$
$6'000 + WF \leq B$	$D = 0$

Es ist nach diesem Ergebnis nicht einzusehen, weshalb ein Versicherter, der die Prämie und die Kostenbeteiligung selbst zu bezahlen hat, nicht die höchste Wahlfranchise wählen soll. Er wird auch im «worst case» nicht stärker belastet als mit der Basiskostenbeteiligung, hat aber einen «Gewinn», wenn die Behandlungskosten pro Jahr kleiner sind als 6'000 Franken (Erwachsene) bzw. 3'000 Franken (Kinder) plus die Wahlfranchise

Die Frage, bis zu welcher Prämie bzw. bis zu welchen Kosten bei vorgegebener Prämie eine Wahlfranchise zu einer tieferen Gesamtbelastung aus Prämie und Kostenbeteiligung führt, kann verallgemeinert wie folgt dargestellt werden:

Wir definieren was folgt:

KOBE Parameter	Basiskostenbeteiligung	Wahlkostenbeteiligung
Franchise	F	F'
Selbstbehalt in %	s	s'
max. Selbstbehalt in Fr.	m	m'
Kostenmax. für Selbstbeh.	$M = m/s$	$M' = m'/s'$
Prämie	P	$P' = P*(1 - q')$
Prämienrabatt in %	-	q'
max. Prämienrabatt in Fr.	-	R'
Behandlungskosten brutto	B	B
Kostenbeteiligung	$K = F + s*(B - F);$ max. $(F + m)$	$K' = F' + s'*(B - F');$ max. $(F' + m')$
Gesamtbelastung	$G = P + K$	$G' = P' + K'$
Differenzbetrag	-	$D' = G - G'$

Vorgehen

Es gelten die folgenden Beziehungen:

$$P' = (1 - q) \cdot P$$

$$R' = q \cdot P \leq (F' - F) \cdot (m - m')$$

Wenn für den Prämienrabatt R' gilt:

$$R' = q \cdot P = (F' - F) \cdot (m - m'), \text{ folgt für die Grenzprämie } P^g = R'/q'$$

Für alle $P \geq P^g$ gilt zudem $G' \leq G$ unabhängig der Höhe der Behandlungskosten.

Für diese Grenzprämie P^g kann der Differenzbetrag («Gewinn») D' zu Gunsten der Wahlkostenbeteiligung mit Hilfe einfacher Äquivalenzgleichungen wie folgt in Abhängigkeit der Behandlungskosten B berechnet werden:

$0 \leq B \leq F$	$P^g + B = P^g - R' + B + D'$ $\rightarrow D' = R'$
$F \leq B \leq F'$	$P^g + F + s \cdot (B - F) = P^g - R' + B + D'$ $\rightarrow D' = R' - (1 - s)(B - F)$
$F' \leq B \leq M + F$	$P^g + F + s \cdot (B - F) = P^g - R' + F' + s' \cdot (B - F') + D'$ $\rightarrow D' = R' + (1 - s)F - (1 - s')F' - (s' - s)B$
$M + F \leq B \leq M' + F'$	$P^g + F + m = P^g - R' + F' + s' \cdot (B - F') + D'$ $\rightarrow D' = m' - s' \cdot (B - F')$
$M' + F' \leq B$	$P^g + F + m = P^g - R' + F' + m' + D'$ $\rightarrow D' = 0$

Gilt $P < P^g$, kann bestimmt werden, bis zu welchen Behandlungskosten B der Differenzbetrag $D' \geq 0$ ist bzw. ab welcher Prämie P bei vorgegebenen Behandlungskosten der Differenzbetrag $D' > 0$ wird:

$0 \leq B \leq F$	$P + B = P - q'P + B + D'$ $\rightarrow D' = q'P$ (unabhängig der Kosten)
$F \leq B \leq F'$	$P + F + s(B - F) = P - q'P + B$ $\rightarrow P = 1/q'[(1 - s) \cdot (B - F)]$
$F' \leq B \leq M + F$	$P + F + s \cdot (B - F) = P - q'P + F' + s' \cdot (B - F')$ $\rightarrow P = 1/q'[(1 - s')F' - (1 - s)F + (s' - s)B]$
$M + F \leq B \leq M' + F'$	$P + F + m = P - q'P + F' + s' \cdot (B - F')$ $\rightarrow P = 1/q'[(1 - s')F' + s'B - (F + m)]$
$M' + F' \leq B$	$P + F + m = P - q'P + F' + m'$ $\rightarrow P = 1/q'[(F' - F) + (m' - m)]$

3.4.3 Vergleich von Kostenbeteiligungsvarianten

Die beiden nachfolgenden Grafiken zeigen schematisch den Teil der Behandlungskosten, welcher von einer Kostenbeteiligung erfasst wird.

Grafik 3 Vergleich von KOB Modellen bis 1'500 Franken Behandlungskosten

In Grafik 3 sind 18 unterschiedliche Kostenbeteiligungsmodelle, je definiert mit den drei Parametern Franchise, Selbstbehalt in Prozent und maximalem Selbstbehalt in Franken, d.h. in Relation zu den Bruttokosten bis 1'500 Franken dargestellt. In diesem Massstab zeigt sich deutlich, wie stark die einzelnen Modelle die finanziellen Kleinfälle, bei welchen das subjektive Risiko der Erkrankten recht gross ist, belasten. Die vertikale Linie bei 1'250 Franken markiert die Grenze für 50 % der Fälle (Erkrankte pro Jahr), d.h. 50 % der Erkrankten (Erwachsene) haben im Jahre 2001 Kosten von höchstens 1'250 Franken aufgewiesen. Die Belastung durch die Kostenbeteiligung fällt dabei sehr unterschiedlich aus. Bis zum Betrag der Franchise werden die Behandlungskosten zu 100 % dem Erkrankten überbunden.

Grafik 4 Vergleich von KOBE Modellen bis 10'000 Franken Behandlungskosten

Grafik 4 zeigt grundsätzlich dieselben Kostenbeteiligungsmodelle wie Grafik 3, diesmal aber bis zu Bruttobehandlungskosten von 10'000 Franken. Aus dieser Grafik geht die Wirkung der frankenmässigen Begrenzung des Selbstbehaltes deutlich hervor. Sobald der Maximalbetrag für den Selbstbehalt erreicht wird, verlaufen die Linien horizontal. Je später dies der Fall ist, umso länger ist der Erkrankte an jedem zusätzlichen Kostenfranken finanziell im Ausmass des Selbstbehaltes beteiligt. Bei einem kleineren Prozentsatz und gleichem Maximalbetrag wird der Erkrankte bis zu einem höheren Bruttobetrag der Behandlungskosten finanziell engagiert. Mit anderen Worten, der «Eintrittspreis» für unbeschränkte Leistungen liegt entsprechend höher.

3.4.4 Struktur der Erkrankten und deren Behandlungskosten

Der Umfang der Daten von santésuisse lässt sich wie folgt darstellen:

Table 7 Umfang der Daten von santésuisse

Alters-Gruppe	Total		Männer		Frauen	
	Beträge	Anzahl	Beträge	Anzahl	Beträge	Anzahl
0 - 18	904'253'213	1'117'520	477'017'403	574'809	427'235'810	542'711
19 +	12'545'991'914	3'834'307	4'980'924'462	1'652'647	7'565'067'452	2'181'660
Total	13'450'245'127	4'951'827	5'457'941'865	2'227'456	7'992'303'262	2'724'371

Grafik 5 Datenstruktur santésuisse 2001; Alter 0 – 18; Kinder

Grafik 5 zeigt die Häufigkeiten und die Verteilung der Zahl der erkrankten Kinder (Alter 0 – 18) und deren Behandlungskosten von 0 bis 1'000 Franken in Schritten von 50 Franken. Daraus ist beispielsweise ersichtlich, dass 60 % der erkrankten Kinder Behandlungskosten von höchstens 500 Franken pro Jahr aufgewiesen haben. Diese 60 % der erkrankten Kinder haben lediglich 18 % der gesamten Behandlungskosten der Kinder beansprucht. Eine andere Betrachtung zeigt, dass 20 % der erkrankten Kinder Behandlungskosten von mehr als 1'000 Franken ausgelöst haben, was insgesamt rund 64 % der gesamten Behandlungskosten der Kinder entspricht.

Grafik 6 Datenstruktur santésuisse 2001; Alter 19+; Erwachsene

Grafik 6 gibt sinngemäss Auskunft über die Struktur der erkrankten Erwachsenen (Alter ab 19 Jahren) und deren Behandlungskosten bis zu 2'000 Franken. Demnach haben 50 % der Erkrankten Kosten von höchstens 1'250 Franken aufgewiesen und insgesamt lediglich gut 7,5 % der gesamten Behandlungskosten der Erwachsenen beansprucht. Erstaunlich ist auch, dass rund ein Viertel der erkrankten Erwachsenen Kosten von weniger als 400 Franken aufgewiesen haben. Eine finanzielle Belastung, die den meisten zumutbar sein sollte, geht es doch um das höchste Gut, die eigene Gesundheit. Betrachtet man zudem die Verwaltungskosten, welche durch diese finanziellen Bagatellfälle ausgelöst werden, werden weitere Kosteneinsparungen ersichtlich, die kaum für einen der erkrankten Versicherten eine ernsthafte finanzielle Belastung bedeuten würde. Dies wäre z. B. eine kleinere Belastung als pro Arbeitstag ein Café crème oder ein halbes Packet Zigaretten.

3.4.5 Struktur der AHV Einkommen

Grafik 7 AHV Jahreseinkommen 2000

Die Struktur der detaillierten und nach Alter aufgeteilten AHV-Einkommen des Jahres 2000 geht für Männer, Frauen und Insgesamt bis zum Alter 65 aus Grafik 7 hervor. Diese altersabhängigen Einkommensdaten haben wir mit den altersabhängigen Behandlungskosten kombiniert. Dabei haben wir pro Altersgruppe die Jahreseinkommen in Schritten von 2'000 Franken berücksichtigt und auf diese Weise, in mehrdimensionalen Berechnungen, Modelle für die einkommensabhängigen Kostenbeteiligungen untersucht.

3.4.6 Struktur der Einkommens- und Verbrauchserhebung 1998 (EVE 98)

Die Daten der Einkommens- und Verbrauchserhebung 1998 (EVE 98) des BfS sind in Tabelle 8 zusammengestellt. Sie basieren auf einer relativ kleinen Stichprobe und sind demzufolge deutlich weniger detailliert strukturiert. Demgegenüber geben diese Daten Hinweise über die Haushaltsgrösse nach der OECD – Äquivalenzskala, wonach die Person mit dem höchsten Einkommen pro Familie zu 100 % zählt, die zweite erwachsene Person zu 50 % und jedes Kind zu 30 %. Die nachfolgende Tabelle 8 gibt Auskunft über die Struktur dieser Erhebung und zeigt, dass die Einkommen, die Zahl der Haushalte und die Personen pro Haushalt zum Teil stark vom Alter und vom Einkommen abhängig sind.

Tabelle 8 Einkommens- und Verbrauchserhebung 1998 (EVE 98) des BfS

Alter	Monatliche Einkommensklassen in Franken							Total
	bis 2699	2700-3499	3500-4299	4300-5099	5100-6099	6100-7699	7700 +	
<29	2'140	3'101	3'906	4'659	5'579	6'647	8'651	34'682
30-39	2'253	3'142	3'860	4'697	5'558	6'788	9'341	35'638
40-49	2'169	3'122	3'871	4'668	5'554	6'832	9'598	35'814
50-59	2'146	3'119	3'939	4'702	5'608	6'814	9'528	35'857
60-69	2'275	3'096	3'905	4'649	5'542	6'711	9'478	35'656
70+	2'167	3'077	3'856	4'625	5'550	6'539	9'785	35'599
Total	13'149	18'658	23'337	28'001	33'391	40'329	56'382	213'246

Alter	Prozentuale Verteilung der Haushalte							Total
	bis 2699	2700-3499	3500-4299	4300-5099	5100-6099	6100-7699	7700 +	
<29	2.0 %	1.6 %	1.9 %	2.3 %	2.4 %	2.4 %	1.1 %	13.7 %
30-39	3.0 %	4.2 %	4.2 %	3.7 %	3.7 %	4.0 %	3.8 %	26.6 %
40-49	2.5 %	2.8 %	3.4 %	3.0 %	2.8 %	2.9 %	3.1 %	20.4 %
50-59	1.4 %	1.4 %	1.9 %	2.1 %	2.4 %	3.0 %	3.7 %	15.9 %
60-69	2.1 %	1.9 %	2.0 %	1.7 %	1.5 %	1.5 %	1.8 %	12.6 %
70+	3.6 %	2.2 %	1.5 %	1.1 %	0.8 %	0.7 %	0.8 %	10.8 %
Total	14.6 %	14.1 %	15.0 %	13.9 %	13.7 %	14.5 %	14.3 %	100.0 %

Alter	Personen pro Haushalt (nach OECD- Äquivalenzskala)						
	bis 2699	2700-3499	3500-4299	4300-5099	5100-6099	6100-7699	7700 +
<29	1.37	1.51	1.34	1.27	1.33	1.33	1.42
30-39	1.94	1.94	1.90	1.76	1.56	1.43	1.43
40-49	2.18	2.14	2.08	2.00	1.83	1.70	1.51
50-59	1.73	1.77	1.81	1.76	1.75	1.61	1.54
60-69	1.38	1.37	1.40	1.45	1.50	1.41	1.44
70+	1.25	1.31	1.34	1.36	1.34	1.29	1.36

3.4.7 Konkrete Modellrechnungen

Vorbemerkungen und Definition der Reduktionsfaktoren

Die durchgeführten Modellrechnungen für die einzelnen untersuchten Varianten für Kostenbeteiligungen können nach den Einschränkungen im Abschnitt 3.4.1 keine exakten Resultate liefern. Es geht vielmehr darum, die Wirkung der einzelnen Parameter (Franchise, Selbstbehalt, Minimal- und Maximalbeträge) auszuloten und darzustellen, welcher Anteil der vorliegenden Bruttobehandlungskosten durch die Kostenbeteiligung nach dem Verursacherprinzip finanziert wird.

Wir definieren den durch die Kostenbeteiligung erfassten Anteil der Bruttokosten als absoluten Reduktionsfaktor. Dies bedeutet, dass die von den Versicherern zu übernehmenden Nettokosten um den absoluten Faktor tiefer liegen als die Bruttokosten.

Dabei ist nicht primär der absolute Prozentsatz massgebend, sondern dessen Relation zum Prozentsatz eines anderen Modells. Damit ist die Aussage möglich, ob bei einer Änderung einzelner Parameter das neue Kostenbeteiligungsmodell unter der Annahme, dass keine zusätzlichen Revisionseinflüsse (Verhaltensänderung, Einsparung von Administrativkosten etc.) wirksam werden, insgesamt einen grösseren Anteil der Bruttokosten erfasst oder nicht. Die gesamten Bruttokosten gelten dabei immer als 100 Prozent. Werden verschiedene absolute Reduktionsfaktoren mit dem Basismodell verglichen, erhalten wir die relativen Reduktionsfaktoren.

Es gilt:

$$\text{absoluter Reduktionsfaktor} = \frac{\text{Von der KOBE erfasste Kosten}}{\text{Total Bruttokosten}} = \text{aRF}$$

und als relativer Reduktionsfaktor der Kostenbeteiligung von Modell A gegenüber der Kostenbeteiligung des Basismodells B:

$$\text{relativer Reduktionsfaktor rRF} = \frac{\text{Kosten KOBE A} - \text{Kosten KOBE B}}{\text{Total Bruttokosten} - \text{Kosten KOBE B}}$$

$$\text{oder} \quad \text{rRF} = \frac{\text{aRF A} - \text{aRF B}}{1 - \text{aRF B}}$$

Absolute Reduktionsfaktoren für Kinder

Grafik 8 Absolute Reduktionsfaktoren; Franchisen bis zu 500 Franken; Kinder

In der Grafik 8 werden vorerst 17 verschiedene Selbstbehalte (Prozentsatz und Maximalbetrag in Franken) definiert. Diese Selbstbehalte werden anschliessend mit Franchisen von 0 bis 500 Franken, in Schritten von 50 Franken kombiniert. Die resultierenden absoluten Reduktionsfaktoren aRF können pro Selbstbehaltmodell längs den Kurven für die einzelnen Franchisen abgelesen werden. Aus dieser Grafik können damit die aRF für 187 unterschiedlich definierte Kostenbeteiligungsmodelle für Kinder abgelesen werden.

Längs horizontalen Linien, z.B. Linie bei 30 %, ist ersichtlich, welche Kostenbeteiligungsmodelle bei den Kindern 30 % der Bruttokosten erfassen und damit theoretisch als gleichwertig gelten. Es sind dies beispielsweise:

Tabelle 9 KOBE Modelle mit aRF 30 % für Kinder

Franchise	Selbstbehalt		absoluter Reduktionsfaktor aRF
	in %	max. in Franken	
0	50	500	30 %
50	30	1'000	30 %
100	25	750	30 %
150	20	500	30 %
200	15	300	30 %

Diese fünf Kostenbeteiligungsmodelle für Kinder führen theoretisch zum gleichen Resultat, indem 30 % der Bruttokosten unter die Kostenbeteiligung fallen.

Grafik 9 Absolute Reduktionsfaktoren; Franchise bis zu 2'000 Franken; Kinder

Grafik 9 ist gleich aufgebaut und definiert wie Grafik 8. Diesmal werden aber Franchisen von 0 bis 2'000 Franken dargestellt. Dabei betragen die Intervalle zwischen 0 bis 1'000 Franken je 50 Franken und für Franchisen zwischen 1'000 und 2'000 Franken je 100 Franken. Dieser Intervallwechsel erklärt auch den «Knick» in den Kurven bei Franchise 1'000 Franken.

Absolute Reduktionsfaktoren für Erwachsene

Grafik 10 Absolute Reduktionsfaktoren; Franchisen bis zu 1'000 Franken; Erwachsene

Für die Darstellung in Grafik 10 haben wir 16 verschiedene Selbstbehalte (Prozentsatz und Maximalbetrag in Franken) definiert. Mit den 21 Franchisen kombiniert ergeben sich bereits 336 verschiedene Kostenbeteiligungsmodelle, deren absolute Reduktionsfaktoren miteinander verglichen werden können. So finden wir auf der 20 % Linie beispielsweise die folgenden Kostenbeteiligungsmodelle:

Tabelle 10 KOBE Modelle mit aRF 20 % für Erwachsene

Franchise	Selbstbehalt		absoluter Reduktionsfaktor aRF
	in %	max. in Franken	
0	30	2'000	20 %
100	25	2'000	20 %
250	20	1'500	20 %
350	20	1'000	20 %
500	10	1'500	20 %
600	10	600	20 %

Grafik 11 Absolute Reduktionsfaktoren; Franchisen bis zu 5'000 Franken; Erwachsene

Grafik 11 zeigt für dieselben 16 Selbstbehaltvarianten alle Franchisekombinationen bis zu 5'000 Franken. Dabei stellen wir fest, dass mit zunehmender Franchise die unterschiedlichen Selbstbehaltdefinitionen kaum mehr stark ins Gewicht fallen. Bei einer Franchise von 3'000 Franken liegen alle absoluten Reduktionsfaktoren zwischen 50 und 55 % der Bruttokosten, während diese Bandbreite bei einer Franchise «Null» bei rund 14 Prozentpunkten liegt.

Reduktionsfaktoren pro Altersgruppe

Mit diesen Modellrechnungen kann beispielsweise auch untersucht werden, welche Solidaritäten zwischen jungen und alten Versicherten bestehen. Nach geltender Ordnung haben alle Personen ab Alter 18 dieselbe Kostenbeteiligung zu entrichten. Wir haben untersucht, wie stark die absoluten Reduktionsfaktoren aRF nach Altersgruppe variieren. Weil auch die Behandlungskosten pro Altersgruppe grosse

Unterschiede aufweisen erstaunt es nicht, wenn auch die absoluten Reduktionsfaktoren von Altersgruppe zu Altersgruppe stark abweichen.

Grafik 12 Absolute Reduktionsfaktoren pro Altersgruppe

Grafik 12 zeigt eine Übersicht für verschiedene Altersgruppen. Es sind die absoluten Reduktionsfaktoren für die Kinder (0 – 18 Jahre), für 17 Altersgruppen der Erwachsenen sowie für die Erwachsenen insgesamt dargestellt. Der Selbstbehalt entspricht in dieser Darstellung den heute geltenden Ansätzen²⁸. Für die Franchise von 300 Franken erhalten wir für die Erwachsenen absolute Reduktionsfaktoren zwischen 5 % (Altersgruppe 96 - 100) und 24 % (Altersgruppe (21 - 25) bzw. 27 % (Altersgruppe 19 - 20), also ein Verhältnis von rund 1:5. Diese Relation gilt auch bei einer Franchise von 1'000 Franken (10 % : 50 %).

Gleichzeitig stellen wir fest, dass der mittlere absolute Reduktionsfaktor für alle Erwachsenen (Alter 19+) praktisch identisch ist mit der Altersgruppe 61 - 65. Dies bedeutet, dass die unter 60 Jahre alten Erkrankten einen wesentlichen Solidaritätsbeitrag nicht nur durch die einheitliche Erwachsenenprämie, sondern auch bezüglich Kostenbeteiligung leisten. Bei den Jugendlichen (19 – 25) wird durch die Basiskostenbeteiligung²⁹ der doppelte Anteil in Prozent der Bruttokosten erfasst als dies im Mittel für alle Erwachsenen der Fall ist. Die geltende KVG Basisvariante ist für die Altersgruppe 21 – 25 etwa gleichwertig, nämlich 20 %, wie wenn für alle Erwachsenen (Alter 19+) eine Franchise von 600 Franken gelten würde.

Grafik 13 Relative Reduktionsfaktoren pro Altersgruppe

Wenn wir die absoluten Reduktionsfaktoren auf die geltende Basiskostenbeteiligung nach KVG beziehen, erhalten wir die in Grafik 13 dargestellten relativen Reduktionsfaktoren rRF für die Erwachsenen. Bei einer Franchise von beispielsweise 1'500 Franken kann abgelesen werden, dass für die Altersgruppe 21 – 25 der relative Reduktionsfaktor 40 % beträgt. Dies bedeutet, dass für diese Altersgruppe bei einer Wahlfranchise von 1'500 Franken eine Prämienreduktion um 40 % angemessen wäre, werden durch die höhere Kostenbeteiligung doch gegenüber der Basisvariante 40 % mehr Behandlungskosten erfasst als nach der Basisvariante. Bei der Altersgruppe 96 – 100 beträgt die zusätzliche Reduktion gegenüber der Basiskostenbeteiligung lediglich 8 %. Für alle Versicherten beträgt der relative Reduktionsfaktor für die Franchise 1'500 Franken 25 %. Damit stellen wir fest, dass der nach KVV Art. 95, Abs. 2 lit. d mögliche Prämienrabatt von 40 % für eine Wahlfranchise von 1'500 Franken lediglich noch für die Jugendlichen angemessen ist.

3.4.75 Reduktionsfaktoren pro Kanton bzw. Kantonsgruppen

Eine weitere Untersuchung gilt den regionalen Unterschieden bezüglich Erfassungsgrad (Reduktionsfaktoren) für die geltende Basiskostenbeteiligung.

Grafik 14 Absolute Reduktionsfaktoren; Erwachsene, nach Kanton

Grafik 14 zeigt für einige ausgewählte Kantone bzw. Kantonsgruppen die unterschiedlichen Anteile an den Behandlungskosten (absolute Reduktionsfaktoren) für den heutigen Selbstbehalt nach KVG (10 %, maximal 600 Franken) und den fein abgestuften Franchisen bis 5'000 Franken. Die beiden Stadtkantone BS und GE mit den überdurchschnittlich hohen Kosten weisen die tiefsten Reduktionsfaktoren auf. Der Kanton BE (auf der Grafik nicht enthalten) ist praktisch deckungsgleich mit dem Kanton ZH. Die Innerschweizerkantone weisen bei gleicher Franchise die höchsten Reduktionsfaktoren auf. Die Unterschiede sind auch hier deutlich, wenn auch nicht so ausgeprägt wie dies bei den Altersgruppen der Fall war. Damit ist ersichtlich, dass neben den starken Solidaritäten zwischen Jung und Alt (gemäss Grafik 13) auch bedeutende Solidaritäten zwischen den Landesgegenden bestehen. Für eine Franchise von beispielsweise 300 Franken erhalten wir absolute Reduktionsfaktoren zwischen 16 % (Innerschweiz) und den Stadtkantonen BS und GE mit 12 %.

Grafik 15 Relative Reduktionsfaktoren; Erwachsene, nach Kanton

Grafik 15 zeigt im Nachgang zu Grafik 14 die relativen Reduktionsfaktoren für die vier Kantonsgruppen. Die Werte zeigen die zusätzliche Reduktion gegenüber der Basis Franchise von 230 Franken.

²⁸ Selbstbehalt 10 %, maximal 600 Franken

²⁹ Franchise 230 Franken, Selbstbehalt 10 %, maximal 600 Franken

3.5 Einfluss von Kostenbeteiligungen auf das Verhalten der Versicherten

3.5.1 Allgemeine Überlegungen

Der Versicherte wird sein Verhalten bezüglich Nachfrage nach medizinischen Leistungen nur ändern, wenn er im Rahmen seiner subjektiven Beurteilung seines Gesundheitszustandes und der möglichen finanziellen Folgen zum Schluss kommt, dass ein Verzicht auf die Behandlung keine negativen Auswirkungen hat. Diese echte Wahl hat die «erkrankte» Person nur, wenn die Beschwerden aus ihrer Sicht nicht schwerwiegender Art sind und mittels Selbstmedikation oder einer anderen Massnahme ohne Inanspruchnahme der Krankenversicherung gemildert werden können. Dieser erste Entscheid der versicherten Person, krank und damit behandlungsbedürftig zu sein, muss oft subjektiv und allein gefasst werden. Eine ängstliche Person wird eher medizinische Leistungen in Anspruch nehmen als Personen, die bereit sind gewisse Risiken in Kauf zu nehmen. Neben der persönlichen Sorge um die Gesundheit spielen in einem verminderten Ausmass sicher auch die finanziellen Folgen eine Rolle. Fallen die voraussichtlichen Kosten ohnehin unter die Franchise, ist der Entscheid eventuell anders, als wenn klar ist, dass aus der Versicherung ein Beitrag zu erwarten ist. Wenn der Versicherte während langer Zeit keine Leistungen geltend gemacht hat, aber eine hohe Versicherungsprämie zu bezahlen hat, kann auch der Wunsch mitspielen, mittels medizinischer Leistungen (z. B. im Rahmen von prophylaktischen Untersuchungen) endlich eine Gegenleistung des Krankenversicherers zu erhalten. Dieses Verhalten wird umso grösser sein, je kleiner die für ihn resultierenden Kosten in Form einer Kostenbeteiligung sein werden.

Sobald der Erkrankte eine Behandlung ausgelöst hat, kann er das Ausmass der medizinischen Leistungen nur noch marginal beeinflussen. Es ist primär der Leistungserbringer, welcher die diagnostischen und therapeutischen Massnahmen festlegt. Die meisten Patienten haben nicht den Mut, diese Massnahmen kritisch zu hinterfragen. Eine Wechselfranchise kann eventuell einen Arztwechsel und damit eine Parallelbehandlung vermeiden. Ein Franchise pro Konsultation wird vermutlich nur wenige Patienten veranlassen, eine angeordnete Konsultation aus Kostengründen abzulehnen. Der Patient wird aber eher Generika Medikamente nachfragen, wenn er dadurch eine kleinere Kostenbeteiligung zu übernehmen hat. Dies in Analogie zu einem allgemeinen Konsumgut, wo in der Regel bei gleicher Qualität das günstigere Produkt bevorzugt wird.

Wenn wir die Auswirkungen der Kostenbeteiligung aus der Sicht des Krankenversicherers betrachten können wir festhalten:

Die Art der Kostenbeteiligung bestimmt, welchen Teil der Behandlungskosten der Erkrankte selber finanzieren muss. Darüber hinaus wirkt sie sich auf das Verhalten des Erkrankten aus, indem sie diesen dazu anhält, mehr oder weniger Leistungen des Gesundheitswesens nachzufragen. Aus der Sicht der Krankenversicherungen sind dementsprechend zwei Effekte der Kostenbeteiligung zu beachten: der direkte Effekt durch die Kostenübernahme durch die Erkrankten und der indirekte Effekt über das Verhalten der Versicherten.

Aufgrund der zur Verfügung stehenden Daten konnte lediglich der direkte Kostenbeteiligungseffekt berechnet werden. Zur Berechnung der Auswirkungen auf das Verhalten wären beim heute verfügbaren Datensatz noch konzeptionelle Probleme zu meistern³⁰. Bei den meisten der diskutierten Varianten dürfte die Berücksichtigung des Nachfrageverhaltens zu einer Verstärkung des Spareffektes führen.

Die Approximation durch die reinen direkten Effekte ist vor allem dann zu rechtfertigen, wenn eine Franchise vorliegt. In diesem Falle werden die Kosten in der Höhe der Franchise für die Versicherung einfach ausgeblendet und es wird nicht weiter gefragt, in welchem Masse die Franchise zu einer Reduktion der Nachfrage nach Leistungen des Gesundheitswesens geführt hätte. Über die Franchise hinaus, im Bereich des Selbstbehalts könnte sich durch das Auslassen der Reaktion der Versicherten eine Verzerrung ergeben. In denjenigen Fällen, in denen seitens der Anreize für den Versicherten krasse Effekte zu erwarten sind – wie beispielsweise bei einer niedrigen Schwelle, ab welcher der Erkrankte keine Kosten

³⁰ Beispielsweise reflektieren die heute verfügbaren Daten nicht nur das Nachfrageverhalten der Versicherten, sondern auch eine gewisse Risikoselektion, indem gesunde Personen eine hohe Franchise wählen. Daraus ergibt sich tendenziell eine Überschätzung des Spareffektes.

mehr zu tragen hat – werden diese auf einer qualitativen Basis diskutiert. Dieses Vorgehen schliesst nicht aus, dass bei Vorliegen konkreter Vorschläge, diese zu einem späteren Zeitpunkt unter dem Aspekt des Versichertenverhaltens evaluiert werden können.

Problematischer wäre dieses Vorgehen dann, wenn es darum ginge, die Auswirkungen der Kostenbeteiligung auf die gesamtwirtschaftliche Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu ermitteln. Wenn beispielsweise die Frage im Vordergrund stünde, wie weit eine Kostenbeteiligung das Ausmass der Ressourcen beeinflusst, die volkswirtschaftlich in den Gesundheitssektor geleitet werden. Bei derartigen Problemstellungen kommt dem Verhalten der Versicherten eine zentrale Bedeutung zu. Obwohl eine solche Analyse wünschbar wäre, lässt sie sich im Rahmen der vorliegenden Studie nicht realisieren.

Leider können gestützt auf die heute zur Verfügung stehenden Daten keine konkreten Aussagen gemacht werden über den Einfluss von höheren Kostenbeteiligungen auf das Verhalten der Versicherten. Die Frage also, ab welcher Franchise bzw. maximaler Kostenbeteiligung ändert der Versicherte sein Verhalten, indem er kostenbewusster wird und die Notwendigkeit der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistung kritisch beurteilt. Diese Reizschwelle für kostenbewussteres Verhalten hängt sicher von weiteren Faktoren wie Gesundheitszustand, Zugang zu den medizinischen Leistungen etc. ab, wobei die Höhe der Kostenbeteiligung eine zentrale Rolle behält. Um diese Frage näher abklären zu können, müssten die Daten über mehrere Jahre und zudem aufgeteilt nach Franchisestufen zur Verfügung stehen.

Derartige Untersuchungen sind aus statistischer Sicht oft recht problematisch, weil die Grundgesamtheit der Daten über die Behandlungskosten uneinheitlich sind. In der Regel stehen nur die Daten der Versicherer zur Verfügung, welche aber nie 100 % der effektiven Behandlungskosten darstellen. Es fehlen zu einem grossen Teil all diejenigen Behandlungskosten, welche innerhalb der vom Versicherten gewählten Kostenbeteiligung liegen. Dieser Anteil ist umso grösser, je höher die gewählte Franchise angesetzt ist.

Eine objektive Beurteilung über die effektive Struktur der Behandlungskosten pro Risikogesamtheit³¹ ist nur möglich, wenn alle beim Versicherten anfallenden Kosten erfasst werden. Dies ist nur möglich, wenn die von den Leistungserbringern ausgestellten Rechnungen für die einzelnen Versichertenkollektive zur Verfügung stehen. Weiter müssen die Vergleiche auch die Altersstrukturen berücksichtigen und die Analysen pro Alter oder mindestens Altersgruppen³² sowie pro Geschlecht und pro Region (Kanton) aufgeteilt sein. Die Strukturen der Erkrankungshäufigkeiten und der Behandlungskosten sind sehr stark von Alter, Geschlecht und auch der Region³³ abhängig. Erst die nach diesen Kriterien abgestuften Analysen können den Schluss zulassen, dass effektiv weniger medizinische Leistungen nachgefragt werden, wenn der Versicherte eine höhere Kostenbeteiligung zu bezahlen hat oder diese selbst gewählt hat. Andernfalls handelt es sich um eine Verlagerung der Finanzierung, indem der Versicherte mit einer höheren Kostenbeteiligung bereit ist, gegen die Gewährung einer Prämienreduktion einen grösseren Anteil der Kosten (sollten sie künftig überhaupt anfallen) selber zu tragen. Er ist bereit ein grösseres Risiko in Kauf zu nehmen, weil er sich dies gestützt auf seine gesundheitliche und wirtschaftliche Situation eventuell auch leisten kann. Dabei wird er sicher sein Verhalten ändern und dafür sorgen, dass er die neben der Prämie zu bezahlenden Kostenbeteiligungen möglichst tief halten kann. Die Auswirkungen einer Verhaltensänderung vermischen sich mit den Auswirkungen der Risikoselektion, indem gesunde Versicherte eher eine grössere Kostenbeteiligung wählen, obschon der Prämienrabatt in der Regel kleiner ist als das eingegangene grössere finanzielle Risiko.

Es kommt demnach auf den Standort der Beurteilung an:

- Aus der Sicht des Versicherten handelt es sich um eine Optimierung seiner Ausgaben für das Gesundheitswesen, welche sich aus Prämie und Kostenbeteiligung zusammensetzen. Bei einer hohen Prämie und kleiner Kostenbeteiligung wird er eher versuchen, einen hohen Gegenwert in Form von

31 hier als Kollektiv der Versicherten mit derselben Kostenbeteiligung

32 in der Regel ca. 5 Alter umfassend

33 die Tarife der Leistungserbringer sind weitgehend kantonal geregelt

medizinischen Leistungen zu erhalten, er hat ja die hohen Ausgaben in Form von Prämien bereits «à fonds perdu» geleistet bzw. vorfinanziert. Wenn erst im Krankheitsfall eine grosse Eigenleistung zu erbringen ist, wird die Notwendigkeit einer Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen vom Versicherten kritischer beurteilt. Es könnte auch sein, dass der Versicherte nicht mehr bereit ist, mit seiner hohen Prämie (bei kleiner Kostenbeteiligung) Solidaritätsbeiträge zugunsten derjenigen Versicherten zu bezahlen, die aus seiner Sicht nicht genügend Sorge zu ihrer Gesundheit tragen und bezüglich medizinischer Leistungen eine grosse Begehrlichkeit zeigen. Wenn gesunde Versicherte hohe Franchisen wählen, werden vorerst keine Behandlungskosten eingespart, weil sich diese Versicherten wie bis anhin nicht behandeln lassen müssen. Demgegenüber entgehen dem Versicherer durch den Rabatt Prämieeinnahmen, welche die Gesamtheit der Prämienzahler durch höhere Prämien ausgleichen muss. Wenn eine Risikoselektion stattfindet und die Risikogesamtheit der Versicherten mit hoher Franchise deutlich tiefere Kosten aufweist, kann dies nicht ohne weiteres der Verhaltensänderung zugeschrieben werden.

- Aus der Sicht der Leistungserbringer ist nur ein Rückgang der Nachfrage nach medizinischen Leistungen feststellbar, wenn der Versicherte sein Verhalten ändert und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen kritischer beurteilt und die vom Leistungserbringer allenfalls angeordneten Massnahmen kritisch zu hinterfragen beginnt. Wenn der Versicherte aus rein wirtschaftlichen Überlegungen für sich eine Strategie mit grösserem Eigenrisiko (hohe Kostenbeteiligung) wählt muss dies nicht auch bedeuten, dass er bei einer Erkrankung kritischer ist. Es kann sein, dass er bereit ist, für sich sogar mehr Leistungen nachzufragen und diese auch zu bezahlen; er möchte aber nicht die Begehrlichkeit anderer mit einer hohen Prämie mitfinanzieren.
- Aus der Sicht der Versicherer sind die aus den Prämien zu finanzierenden Nettobehandlungskosten von Bedeutung. Es braucht den Versicherer in der Regel nicht zu interessieren, ob der Versicherte allenfalls einzelne Behandlungskosten ohne Umweg über den Versicherer selbst getragen hat. Damit weisen die Statistiken der Versicherer ungenaue Abgrenzungen auf. Einzelne Krankenkassen animieren die Versicherten, alle Rechnungen vorzulegen und offerieren eine fachliche Kontrolle betreffend Tarifierung, führen eine Art Kontokorrent und informieren den Versicherten, wenn die Summe der Rechnungen die Franchise erreicht hat und die Leistungspflicht der Kasse beginnt. Andere Versicherer sind froh, wenn sich der Versicherte erst meldet, wenn seiner Ansicht nach die Franchise erreicht ist und die Kasse leistungspflichtig wird. Daraus ergibt sich der zum Teil recht grosse Unterschied bezüglich der bei den einzelnen Kassen erfassten Behandlungskosten gegenüber den effektiven Behandlungskosten gemäss Statistik der Leistungserbringer.

Daraus folgt: Tiefere Versicherungsleistungen der Risikogesamtheit der Versicherten mit einer hohen Kostenbeteiligung gegenüber denjenigen mit der Basis-Kostenbeteiligung sind nur zu einem Teil auf die Verhaltensänderung der Versicherten zurückzuführen. Eventuell sind diese Versicherten effektiv auch gesünder und deshalb eher bereit ein höheres finanzielles Risiko einzugehen. Die abnehmende Bereitschaft der Gesunden mit den Prämien Solidaritätsbeiträge zu bezahlen beeinflusst die Gesamtausgaben im Gesundheitswesen primär nicht. Es ist dies eher eine Verlagerung von der solidarischen zur individuellen Finanzierung der Gesundheitskosten. Die Abweichung der nach Alter, Geschlecht und Region bereinigten durchschnittlichen Erkrankungshäufigkeiten und Behandlungskosten für zwei Risikogesamtheiten kann sehr stark durch eine Risikoselektion beeinflusst werden. Erst wenn die Wahl der Kostenbeteiligung nicht mehr freiwillig wäre, sondern nach einem Zufallsgenerator (auch bezüglich Alter, Geschlecht und Region) den Versicherten zugeteilt würde, könnte eine objektive und neutrale statistische Beurteilung über die Verhaltensänderung der Versicherten durchgeführt werden. Weil dies mindestens in der Schweiz vorläufig nicht möglich ist, sind alle diesbezüglichen Analysen, welche die Verhaltensänderungen mit konkreten Zahlen messen, mit Vorsicht zu geniessen.

3.5.2 Rechenbeispiel

Zur Illustration sei nachfolgend ein einfaches Rechenbeispiel dargestellt:

Annahmen:

- Krankenkasse mit 1'000 Versicherten und ausgeglichener Rechnung.
- Die Risikoprämie zur Deckung der Nettokosten beträgt 2'400 Franken pro Jahr.
- Damit belaufen sich auch die Durchschnittskosten pro versicherte Person auf 2'400 Franken pro Jahr.
- Das Prämienvolumen beläuft sich somit auf 2,4 Mio. Franken.
- Alle Versicherten haben als Franchise die Basisfranchise 230 Franken gewählt.
- Mittlere Erkrankungshäufigkeit beträgt 75 %; d.h. pro Jahr beziehen 750 Versicherte Leistungen der Krankenkasse, d.h. 3'200 Franken pro Erkrankten.
- Nun entschliessen sich die 250 «gesunden» Versicherten, die keine Leistungen bezogen haben, neu eine Franchise von 1'500 Franken zu wählen.
- Es entstehen zwei Risikogesamtheiten: A mit 750 und B mit 250 Versicherten.
- Die Nettokosten bleiben mit 2,4 Mio. Franken unverändert, was neu Versicherungsleistungen pro Versicherten der Risikogesamtheit A von 3'200 Franken und pro Versicherten der Risikogesamtheit B den Wert Null ergibt.
- Die Prämienreduktion für die Franchise von 1'500 Franken beträgt 40 %, d.h. die 250 Versicherten bezahlen neu eine Prämie von 1'440 Franken.

Frage:

Wie hoch ist die Prämienhöhung p , damit die Kasse bei gleichen Behandlungskosten wieder eine ausgeglichene Rechnung aufweist ?

Antwort:

Die mathematische Gleichung kann wie folgt dargestellt werden:

$$1000 \times 2'400 = 750 \times 2'400 \times (1 + p) + 250 \times 2'400 \times 0,6 \times (1 + p)$$

Nach p aufgelöst resultiert eine Prämienhöhung p von 11,11 %, d.h. die Prämie steigt von bisher 2'400 Franken auf neu 2'666.67 Franken für die Versicherten der Risikogesamtheit A und mit 40 % Rabatt auf 1'600 Franken für die Risikogesamtheit B, was insgesamt wieder ein Prämienvolumen von 2,4 Mio. Franken ergibt.

Fazit:

Bei gleichen Gesamtkosten steigen die durchschnittlichen Kosten pro Versicherten um einen Drittel und die Basisprämie um gut 10 %, ohne eine zusätzliche Arztrechnung, allein durch die Risikoselektion und die Aufteilung in zwei Risikogesamtheiten und Gewährung eines Prämienrabattes für die Gesunden. Daraus den Schluss zu ziehen, die Erhöhung der Franchise hätte das Verhalten der Versicherten geändert, wäre absurd.

Mit diesem schematischen Beispiel soll gezeigt werden, dass Untersuchungen über das Verhalten von Versicherten bei höherer Kostenbeteiligung sehr genau und detailliert nach den einzelnen Einflussfaktoren zu analysieren sind. Der Einfluss der Risikoselektion und damit die Reduktion der Solidaritätsbeiträge der Gesunden ist von echten Kosteneinsparungen beim Leistungserbringer zu trennen. Es muss alles

daran gesetzt werden, dass nur Risikogesamtheiten miteinander verglichen werden, welche dieselben Strukturen bezüglich Alter, Geschlecht, Region aufweisen. Auch die Wahl der Verhältniszahlen,³⁴ die verglichen werden sollen, ist wichtig.

3.5.3 Ausländische Untersuchungen

3.5.3.1 Rand Health Insurance Experiment

Beim RAND - Experiment handelt es sich um eine randomisierte Studie in den USA zwischen 1974 und 82 mit insgesamt 26'148 beteiligten Personen (70% über eine Dauer von 3 Jahren, 30% für 5 Jahre). Verglichen wurden verschiedene Stufen der Kostenbeteiligung. Ausgehend von dieser Studie sind eine grosse Zahl von weiteren Publikationen verfügbar. Im Anhang 3 sind dazu 25 Abstracts mit Quellenangabe wiedergegeben. Die in die Untersuchung einbezogenen Personen hatten zudem die Zusicherung, dass ihnen nach Abschluss des Experiments die zusätzlichen Kosten wegen der erhöhten Kostenbeteiligung wieder rückvergütet werden. Nach Durchsicht der Abstracts ergibt sich folgendes Bild über die Auswirkungen einer sehr hohen Kostenbeteiligung im Vergleich zu keiner Kostenbeteiligung:

Auswirkungen auf die Inanspruchnahme:

- Arztbesuche / Hospitalisationen: minus ca. 1/3.
- Geringere Anzahl Konsultationen in Notfallstationen für Bagatellen.
- Psychotherapeutische Konsultationen und solche bei Chiropraktikern nehmen noch stärker ab.
- Angemessene und nicht angemessene Hospitalisationen nehmen gleich stark ab!
- Bei Kindern nahmen kurative und präventive Konsultationen beim Pädiater gleichermassen ab.
- Es wurden weniger Medikamente verschrieben und konsumiert; Originalpräparate, Generika, angemessene und nicht angemessene verschriebene Antibiotika nehmen etwa gleich stark ab!

Auswirkungen auf den Gesundheitszustand:

- Blutdruckkontrolle und Visuskorrektur waren leicht schlechter unter Kostenbeteiligung.
- Scores für allgemeinen Gesundheitszustand, «Role functioning», Psychische Gesundheit, soziale Kontakte und Gesundheitswahrnehmung, Rauchgewohnheiten, Gewicht, Cholesteroll und Sterblichkeit waren etwa gleich.

Zusammenfassend kann man sagen: In diesem Experiment nahm die Inanspruchnahme mengenmässig um ca. 1/3 ab, ohne Verschiebung hin zu einer angemesseneren Praxis. Konsultationen bei Psychotherapeuten und Chiropraktoren nahmen stärker ab. Der Gesundheitszustand wurde durch die geringere Inanspruchnahme (abgesehen von zwei Indikatoren: Blutdruck- und Visuskontrolle) nicht beeinträchtigt. Gleichzeitig ist aber auch darauf hinzuweisen, dass diese Untersuchungen gut 20 Jahre zurückliegen und zudem in den USA durchgeführt worden sind. In der Zwischenzeit hat sich die Medizin, aber auch die Krankenversicherung gewaltig weiterentwickelt. Die Übertragbarkeit in die Schweiz muss deshalb mit Vorsicht erfolgen und ist auf die untersuchten Indikatoren zu beschränken. Das Ergebnis muss aber doch als beeindruckend bezeichnet werden, wenn berücksichtigt wird, dass die Versicherten selbst kein grosses finanzielles Risiko eingegangen waren, weil ihnen ja die Rückerstattung der zusätzlichen Kosten sicher war. Das RAND Health Insurance Experiment gilt nach wie vor als die einzige grossangelegte Untersuchung, bei welcher das subjektive Risiko bei der Wahl der Franchisestufe eliminiert werden konnte. Dass eine höhere Kostenbeteiligung die Versicherten zu einer sparsameren Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen motiviert, ist kaum zu bestreiten.

34 z.B. Durchschnittskosten pro erkrankte Person oder pro versicherte Person

Untersuchungen mit Daten aus der Schweiz

Mit Daten eines grossen Krankenversicherers in der Schweiz haben A. Werblow und S. Felder in «Der Einfluss von freiwilligen Selbstbehalten in der gesetzlichen Krankenversicherung: Evidenz aus der Schweiz»^{35,36} gezeigt, dass Selbstbehalte zu einer signifikanten Reduktion der Ausgaben führen. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass das zugrundeliegende Datenmaterial keine zufällige Einteilung der Versicherten in die einzelnen Kostenbeteiligungsvarianten vorsieht, wie dies bei der oben erwähnten RAND Studie³⁷ der Fall war:

Die Autoren kommen zu folgenden Schlussfolgerungen und Ergebnissen:

«**Schlussfolgerungen:** Die vorliegende Arbeit untersucht die Wirkung von freiwilligen Selbstbehalten, so genannten Wahlfranchisen, in der gesetzlichen Krankenversicherung der Schweiz. Nach unseren Schätzungen haben freiwillige Selbstbehalte einen signifikanten Einfluss auf das Nachfrageverhalten der Versicherten. Bei Berücksichtigung der strategischen Wahl von höheren Franchisen – gesunde Versicherte werden eher für eine hohe Selbstbeteiligung optieren als kranke –, ergibt sich i) ein negativ signifikanter Effekt auf die Wahrscheinlichkeit einer positiven Nachfrage und ii) eine Reduktion der Nachfrage nach medizinischen Leistungen bei den Versicherten mit Wahlfranchisen im Vergleich zu den Versicherten mit der geringsten Franchise. Absolute Selbstbehalte haben in der Schweiz erhebliche Wirkungen auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Zuzahlungen könnten sich daher auch in der deutschen GKV als Instrument zur Kostendämpfung eignen.»

«**Ergebnisse:** Die Zuzahlungsregelungen haben einen signifikanten Einfluss auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Die Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines Jahres Leistungen in Anspruch zu nehmen, beträgt bei den Versicherten mit der gesetzlich vorgeschriebenen Mindestfranchise 80 %, bei den Versicherten mit der maximalen Wahlfranchise jedoch lediglich 43 %. Der Effekt steigt mit zunehmendem Alter der Versicherten. Auf der zweiten Stufe sind die Wirkungen ebenfalls signifikant: Eine um eine Stufe erhöhte Wahlfranchise reduziert den Umfang der Leistungsanspruchnahme um 7,7 %. Wenn man Proxies für den Gesundheitszustand der Versicherten einbezieht, werden die Effekte geringer, bleiben jedoch signifikant.»

Weitere Angaben zu dieser Untersuchung sind im Anhang 3 aufgeführt.

3.6 Internationaler Vergleich

3.6.1 Grundsätzliches

Die ausländischen Gesundheitssysteme sind sehr vielfältig strukturiert. Nicht minder variantenreich sind die entsprechenden Regelungen für die Zuzahlungen (Kostenbeteiligungen) der Versicherten ausgestaltet. Wir basieren auf einer Übersicht des Jahres 1997 der Beratungsgesellschaft BASYS.³⁸ In dieser Übersicht werden die Regelungen für Zuzahlungen³⁹ von 11 Ländern⁴⁰ einander gegenübergestellt.

3.6.2 Regelungen für Kostenbeteiligungen

Wie die Übersicht in der Tabelle 28 (siehe Anhang) schematisch wiedergibt, kommen in der Regel innerhalb eines Landes verschiedene Kostenbeteiligungsmodelle zum Tragen. Die Vielzahl von Regelungen macht es teilweise schwierig, in einzelnen Ländern einen Überblick zu erlangen. Schematisch folgen die Kostenbeteiligungsmodelle der einzelnen Länder vier Grundmustern:

35 S. Felder und A. Werblow, Universität Magdeburg, «Der Einfluss von Zuzahlungen auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen: Empirische Evidenz aus der Schweiz», Jahrestagung der DGSMF bzw. DGMS, September 2001

36 Quelle: http://www.med.uni-Magdeburg.de/fme/institute/ismhe/pr_forschung/arztverhalten/index.htm

37 Manning, W. G., Newhouse, J. P., Duan, N., Keeler E. B., Leibowitz, A. und S. Marquis (1987), Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment, American Economic Review 77, 3, 251-277.

38 Schneider Markus u.a. «Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich», BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH, Reisingerstr. 25, D-86159 Augsburg; WB-Druck 1998

39 Zuzahlung = direkte finanzielle Beteiligung der Versicherten, d.h. Kostenbeteiligungen

40 Österreich, Deutschland, Schweden, Belgien, Frankreich, Japan, Niederlande, Schweiz, USA, Canada, Grossbritannien

1. Überwiegend Gebühren als Kostenbeteiligung: Deutschland, Österreich und Schweden
2. Überwiegend prozentuale Kostenbeteiligung: Belgien, Frankreich, Japan und die Niederlande
3. Überwiegend Franchise mit prozentualer Kostenbeteiligung: Schweiz und USA (Medicare)
4. Überwiegend keine Kostenbeteiligung: Grossbritannien und Canada

Kostenbeteiligungen sind in allen Ländern anzutreffen bei Zahnersatz, Arznei- und Hilfsmitteln, d.h. bei Waren des Gesundheitswesens. Dagegen sind bei Dienstleistungen des Gesundheitswesens vereinzelt keine Kostenbeteiligungen zu finden.

Obschon gestützt auf Tabelle 28 (siehe Anhang) noch keine Aussage über die tatsächliche Höhe der Kostenbeteiligung gemacht werden kann, gibt sie einen Überblick über die Verbreitung einzelner Kostenbeteiligungslösungen und des Ausschlusses von Leistungen aus dem Leistungskatalog. Jeder Vergleich von Kostenbeteiligungen sagt nur partiell etwas über die tatsächliche Belastung der Versicherten aus. Denn neben der erwähnten Leistungsausgrenzung und dem Zusatzversicherungsschutz sind noch das tatsächliche Leistungsangebot und die Befreiungsregeln entscheidend. So können beispielsweise auf einen Versicherten in England erhebliche Selbstzahlungen zukommen, wenn er die Wartelisten umgehen und privatärztliche Leistungen in Anspruch nehmen will.

3.6.3 Befreiungsregelungen

Um die Kostenbeteiligungen sozial verträglich zu gestalten, gibt es in allen Ländern Befreiungsregeln. Eine Übersicht für die 11 Länder ist aus Tabelle 29 (siehe Anhang) ersichtlich. Es können im wesentlichen zwei Gruppen von Befreiungsregelungen unterschieden werden, sozial indizierte und medizinisch indizierte. Beide Gruppen sind in allen Ländern anzutreffen. Zu sozial indizierten Regelungen gehören Kinderbefreiungen, Befreiungen für bestimmte Personengruppen und Überforderungsgrenzwerte, um unzumutbare Belastungen zu vermeiden. Medizinisch indizierte Regelungen knüpfen an einzelne Krankheitsbilder oder die Schwere der Erkrankung, z.B. Tbc, oder im weiteren Sinne auch an bestimmte Tatbestände wie Arbeitsunfall und Schwangerschaft. In den Ländern bestehen höchst unterschiedliche Vorstellungen hinsichtlich einer Gesamtbelastung aus den Kostenbeteiligungsregelungen. Sieht man von den privaten Versicherungen ab, wird nur in der Schweiz dem einzelnen Versicherten eine Wahlmöglichkeit gegeben, eine höhere Kostenbeteiligung (Franchise) gegen geringere Beiträge zu tauschen.

3.6.4 Leistungsorientierte Kostenbeteiligungen

Werden die Kostenbeteiligungen der verschiedenen Länder in Bezug auf leistungsorientierte Kostenbeteiligungen im Sinne von Zuzahlungen oder Befreiungen analysiert, kann eine sehr grosse Vielfalt festgestellt werden. Die wichtigsten Abstufungen können wie folgt zusammengefasst werden:

	Leistungen bzw. Leistungsgruppe
Amb. ärztliche Leistung	Beteiligung an Managed Care Modell allgemeinärztliche Leistung fachärztliche Leistung ambulante Behandlung im Spital sozialbedürftige Personen; Sozialhilfeempfänger Kinder Vorsorgeuntersuchungen chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes) Mutterschaft
Physiotherapie	Fachärztin Rheumatologie, Physikalische. Medizin Physiotherapeut übrige Ärzte für die ersten n (z.B. 9) Behandlungen für die weiteren m Behandlungen für mehr als (m+n) Behandlungen (Höchstgrenze) sozialbedürftige Personen; Sozialhilfeempfänger Kinder chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes) Mutterschaft
Psychotherapie	durch Fachärztin Psychiatrie durch med. Hilfsperson (Psychotherapeut) für die ersten n (z.B. 9) Behandlungen für die weiteren m Behandlungen für mehr als (m+n) Behandlungen (Höchstgrenze)
Arzneimittel	Generika Originalpräparate bestimmte Arzneimittelgruppen sozialbedürftige Personen; Sozialhilfeempfänger Kinder Vorsorgeuntersuchungen chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes) Mutterschaft
Hilfsmittel	Brillen Hörgeräte Prothesen Bandagen, Einlagen, Kompressionstherapiemittel sozialbedürftige Personen; Sozialhilfeempfänger Kinder

	Leistungen bzw. Leistungsgruppe
Krankenhaus	für die ersten n (z.B. 9) Spitaltage
	für die weiteren m Spitaltage
	für mehr als (m+n) Spitaltage (Höchstgrenze)
	Verpflegungskosten
	sozialbedürftige Personen; Sozialhilfeempfänger
	Kinder
	chronisch Kranke
	Mutterschaft
	Arzneimittel wie ambulante Behandlung
Stationäre Kuren	Vorsorgekuren
	ärztlich. verordnete stationäre Rehabilitationskuren
	Rehabilitationskuren im Anschluss an Spital
	Thermalkuren
	Badekuren
	sozialbedürftige Personen; Sozialhilfeempfänger
	chronisch Kranke
Fahrkosten	med. notwendige Transporte und Rettungsmassnahmen
	Rettungsfahrten
	Krankentransporte allgemein
	Krankentransporte. zu Dialysezentren und Spezialkliniken
	sozialbedürftige Personen; Sozialhilfeempfänger
	Kinder
	chronisch Kranke

Diese Liste kann als Grundlage für eine Diskussion dienen, wenn es darum geht, KVG Art. 64, Abs. 6 zu konkretisieren, um die Kostenbeteiligung auch leistungsabhängig zu gestalten.

4 Realisierbare Modelle

4.1 Definition der Varianten und Modellrechnungen

4.1.1 Variante E I: «Einkommensabhängige Franchise»

Definition der Variante E I

Die Kostenbeteiligung besteht aus:

- a) einem festen Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr, der $p\%$ des relevanten Einkommens, mindestens m Franken und maximal M Franken beträgt,
- b) 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt), maximal N Franken.
- c) Die gesamte Kostenbeteiligung pro Familie wird auf $q\%$ des relevanten Einkommens begrenzt.

Diese Variante entspricht weitgehend den verschiedenen parlamentarischen Vorstössen⁴¹ der letzten Jahre. Die Franchise als Kernstück der Kostenbeteiligung wird in Abhängigkeit der wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten festgesetzt. Im Rahmen dieses Projektes können lediglich die wichtigsten Aspekte diskutiert werden. Dies betrifft vor allem die Bezugsgrösse, d.h. die Definition des relevanten Einkommens und allenfalls des zu berücksichtigenden Vermögens. Für die Bestimmung der wirtschaftlichen Verhältnisse ist es naheliegend auf ein steuerbares Einkommen, entweder auf Stufe Bund (Direkte Bundessteuer) oder Kanton (Staatssteuer) abzustellen. Während die direkte Bundessteuer nur das Einkommen belastet, erfassen die Staatssteuern auch das steuerbare Vermögen. Um die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit einheitlich zu erfassen, sollte auf die direkte Bundessteuer abgestellt werden. Demgegenüber kann die Staatssteuer besser auf regionale Unterschiede Rücksicht nehmen und auch die Vermögen einbeziehen. Wie später noch gezeigt wird, basiert ein Modell⁴² mit vier Einkommensklassen auf der Einkommensgrenze für die kantonale geregelten Prämienverbilligungen.

Die Erwerbseinkommen als Basis in Betracht zu ziehen, wie dies bei AHV, BV, IV, UV und EO der Fall ist, wäre abzulehnen, weil bei den anderen Sozialversicherungen in der Regel ein Einkommen bzw. eine Rente versichert wird, während im KVG Behandlungsleistungen versichert werden.

Wenn die relevante Bezugsgrösse feststeht, gilt es, die Spannweite (Minimal- und Maximalwert) und die Abstufung der Franchise zu definieren. Die Funktion des Selbstbehaltes von 10 Prozent auf den die Franchise übersteigenden Behandlungskosten dient vor allem dem Zweck, bei sehr tiefen Franchisen beim Erkrankten das Kostenbewusstsein aufrechtzuerhalten.

Wird auf das steuerbare Einkommen abgestellt, ist zu berücksichtigen, dass im Steuerrecht die Einkommen der Ehegatten und teilweise der Kinder zusammen veranlagt werden (vgl. Bundesgesetz vom 14. Dezember 1990 über die direkte Bundessteuer, DBG). Für die Erhebung der Steuern werden dann unterschiedliche Tarife auf Einzelpersonen und auf Ehegatten sowie Personen, die mit Kindern in einem gemeinsamen Haushalt leben, angewendet. Der Begriff der Familie ist nicht definiert. Es ist zu prüfen, wie die Franchise für gemeinsam veranlagte Versicherte festgelegt werden soll. Einerseits kann eine Franchise für die gesamte Familie festgelegt werden, weil sich die Steuerzahlen auf die gesamte Familie beziehen. Dies führt zu einer höheren Kostenbeteiligung, wenn nur ein Familienmitglied erkrankt. Andererseits kann eine einkommensabhängige Franchise für jedes Familienmitglied festgelegt werden. Je nach deren Höhe sollte ein Maximalbetrag für die gesamte Familie vorgesehen werden für den Fall, dass in einem Jahr mehrere Familienmitglieder medizinische Leistungen beziehen.

⁴¹ Postulat Cavalli, 96.3632; Motion Sommaruga, 01.3597

⁴² Modell «Franchise pro Ärztin» L I

Damit die Versicherer die Versicherten gemäss ihren Einkommen in die entsprechenden Franchisekategorien einteilen können, benötigen sie deren Steuerwerte. Deshalb muss im KVG vorgesehen werden, dass die Steuerbehörden den Versicherern die entsprechenden Daten zur Verfügung zu stellen haben.

Für die Versicherten, die nicht gemäss DBG steuerpflichtig sind, insbesondere Personen, die in der Europäischen Gemeinschaft leben, muss der Bundesrat besondere Franchisen festlegen.

Modellrechnungen zur Variante E I

Wie bereits früher erwähnt, standen für die Modellrechnungen zu den einkommensabhängigen Kostenbeteiligungen keine Daten der eidg. oder kantonalen Steuerverwaltungen zur Verfügung. Wir haben uns deshalb mit den AHV Einkommensstatistiken begnügen müssen. Bei diesen Modellrechnungen ging es nicht primär um die absoluten Werte, d.h. der Anteile an den Bruttobehandlungskosten, welche durch die Kostenbeteiligung erfasst werden, sondern um die gegenseitigen Relationen der einzelnen Modelle. Wenn mehrere Parameter für die Definition eines Modells zur Verfügung stehen gilt es in erster Linie abzuklären, welche Parameter (Franchise, Prozentsatz für den Selbstbehalt, Minimal- und Maximalbeiträge) sensibel reagieren und welche kaum einen grossen Einfluss haben.

Zudem ging es auch darum, die komplexen mehrdimensionalen Berechnungsmodelle, basierend auf den altersabhängigen Kosten- und Einkommensstrukturen, zu entwickeln, die bei Vorliegen anderer Einkommensdaten seitens der Steuerverwaltungen kurzfristig wieder verwendet werden können.

Mit den beschriebenen Einkommensstatistiken der AHV und der EVE des BfS sind die Berechnungen mit verschiedenen Parametern durchgeführt worden. Als Konzentrat der Ergebnisse für die erwachsenen Erkrankten kann auf die nachfolgende Tabelle 11 verwiesen werden.

Wir stellen beispielsweise fest, dass bei einer Franchise von 0.5 % des AHV Einkommens, mindestens aber 50 Franken und maximal 4'000 Franken sowie einem Selbstbehalt auf den verbleibenden Kosten von 20 %, maximal 600 Franken die Kostenbeteiligung 15,4 % der gesamten Behandlungskosten ausmacht. Praktisch denselben Prozentsatz (15,5 %) erhalten wir mit einer Franchise von 1,5 % des massgebenden Einkommens, minimal 50 Franken und maximal 2'000 Franken sowie dem Verzicht auf einen Selbstbehalt auf den übrigen Kosten.

Verwenden wir die gröberen Einkommensstrukturen nach EVE 98 des BfS, erhalten wir stärker abweichende Werte. Weil die Einkommensklassen bei EVE 98 wesentlich grösser sind und damit die Altersabhängigkeit gedämpft wird, wirken sich die Begrenzungen für die Franchise mit 2–4'000 Franken kaum aus.

Tabelle 11 Modellrechnungen zur Variante E I

Definition: Einkommensabhängige KOBE					EA - KOBE in % Behandlungskosten	
Franchise			Selbstbehalt		BSV (AHV-E 2000)	BfS (EVE 98)
in % AHVE	Min. CHF	Max. CHF	%	Max. CHF		
0.5 %	50	1'000	10 %	600	12.6 %	13.9 %
0.5 %	50	2'000	10 %	600	12.8 %	13.9 %
0.5 %	50	4'000	10 %	600	12.8 %	13.9 %
0.5 %	50	2'000	20 %	600	15.3 %	16.4 %
0.5 %	50	4'000	20 %	600	15.4 %	16.4 %
0.5 %	50	4'000	20 %	1'000	17.8 %	18.8 %
1.0 %	50	1'000	10 %	600	16.4 %	19.6 %
1.0 %	50	4'000	10 %	600	17.4 %	19.9 %
1.0 %	50	1'000	0 %	0	10.9 %	14.3 %
1.0 %	50	2'000	0 %	0	11.7 %	14.7 %
1.0 %	50	3'000	0 %	0	11.9 %	14.7 %
1.0 %	50	4'000	0 %	0	12.0 %	14.7 %
1.5 %	50	1'000	0 %	0	13.5 %	18.2 %
1.5 %	50	2'000	0 %	0	15.5 %	20.1 %
1.5 %	50	3'000	0 %	0	15.9 %	20.1 %
1.5 %	50	4'000	0 %	0	16.0 %	20.1 %
2.0 %	50	1'000	0 %	0	15.0 %	20.3 %
2.0 %	50	2'000	0 %	0	18.4 %	24.4 %
2.0 %	50	3'000	0 %	0	19.2 %	24.9 %
2.0 %	50	4'000	0 %	0	19.4 %	24.9 %

4.1.2 Variante E II «Hohe Franchise»

Definition der Variante E II

Die Kostenbeteiligung besteht aus:

- a) einem festen Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr von M Franken für Erwachsene und m Franken für Kinder,
- b) 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt), maximal N Franken für Erwachsene und n Franken für Kinder.
- c) Übersteigt die Franchise von M Franken p % des relevanten Einkommens, kann der Erkrankte die Differenz zu M Franken, maximal $(M - M_1)$ Franken, beim Wohnkanton zurückfordern.
- d) Die gesamte Kostenbeteiligung pro Familie wird auf q % des relevanten Einkommens begrenzt.

Für alle Versicherten wird eine hohe Kostenbeteiligung (Selbstbehalt und Franchise) als gesetzliche Mindestkostenbeteiligung eingeführt. Damit reduzieren sich die Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) stark. Erkrankte Personen, welche die Kostenbeteiligung nicht zu bezahlen in der Lage sind, können bei einer kommunalen oder staatlichen Stelle, die über die betreffenden Einkommenszahlen verfügt, die ganze oder teilweise Vergütung der Kostenbeteiligung beantragen.

Die Kostenbeteiligung soll auch künftig aus einem festen Betrag in Franken (Franchise) pro Kalenderjahr sowie einem prozentualen Selbstbehalt der restlichen Behandlungskosten bestehen. Dabei wäre die Franchise stark zu erhöhen, z.B. auf 3 – 4'000 Franken. Der Selbstbehalt könnte mit 10 % beibehalten werden, die maximale Begrenzung wäre ebenfalls anzuheben auf z.B. 1'000 Franken, was zu einer maximalen Kostenbeteiligung pro Kalenderjahr von bis zu 5'000 Franken (je nach Zeitpunkt des Inkrafttretens) führen würde. Selbstverständlich müssen feste Beträge in einem Gesetz oder einer Verordnung periodisch den veränderten Kostenstrukturen angepasst werden.

Durch die starke Erhöhung der Kostenbeteiligung würde sich die Prämie für die OKP erheblich reduzieren, d.h. auf etwa 1/3 der heutigen Ansätze. Die durchschnittliche Monatsprämie beträgt im Jahre 2002 in der Schweiz 245 Franken, mit einem Minimalwert von 158.90 Franken im Kanton AI und einem Maximalwert von 363.55 Franken im Kanton GE. Je nach Höhe der Franchise würden die Prämien gesenkt und wären somit nur noch beschränkt mit Mitteln des Bundes und der Kantone zu verbilligen.

Wer erkrankt, wird mit einer hohen Kostenbeteiligung konfrontiert. Übersteigt diese Kostenbeteiligung einen gewissen Betrag, bzw. erfüllt der Erkrankte gewisse Kriterien bezüglich steuerbarem Einkommen und Vermögen, kann er die Vergütung der Kostenbeteiligung ganz oder teilweise bei einer kommunalen oder staatlichen Stelle beantragen. Die dafür notwendigen Mittel können den bei den Prämienverbilligungen durch Bund und Kantone eingesparten Beträgen entsprechen. Wie für die Prämienverbilligung bestimmen die Kantone die für die Durchführung zuständige Stelle.

Mit dieser Variante soll in erster Linie das Problem Datenschutz, welches die Variante E I stark belastet, vermindert werden. Eine Franchise in der Grössenordnung von 2 – 4'000 Franken, die bei jedem Erkrankten zu erheben ist, führt zu deutlich tieferen Prämien als heute. Damit verliert die Prämienverbilligung an Bedeutung. Die frei werdenden Mittel von Bund und Kantone werden auf Stufe Kanton für die teilweise oder ganze Übernahme der Kostenbeteiligung für diejenigen Erkrankten eingesetzt, deren wirtschaftliche Lage die volle eigene Finanzierung der geschuldeten Kostenbeteiligung nicht ermöglicht. Auf Stufe Kanton werden heute Prämienverbilligungen gestützt auf eine Beurteilung der finanziellen Lage der Versicherten ausgerichtet. Dieselben Amtsstellen könnten bei der Variante E II zusätzlich zu den stark reduzierten Prämienverbilligungen auch die Beiträge der öffentlichen Hand an die Kostenbeteiligung festlegen und ausrichten.

Die Versicherer erstellen eine Abrechnung und attestieren dabei die Höhe der Versicherungsleistungen und der Kostenbeteiligung. Der Versicherte hat dann die Möglichkeit, sofern er die wirtschaftlichen Anforderungen erfüllt, beim Wohnkanton einen Beitrag an die Kostenbeteiligung geltend zu machen. Die wirtschaftlich bescheidenen Verhältnisse werden nach kantonalem Recht bestimmt.

Modellrechnungen zur Variante E II

Die Berechnungen für diese Variante basieren weitgehend auf der heute geltenden Kostenbeteiligung nach KVG, allerdings mit einer Franchise zwischen 2'000 und 4'000 Franken. Im Vordergrund steht ja der Anteil der durch die Kostenbeteiligung erfassten Behandlungskosten aus der Sicht des Versicherten. Kann der Versicherte die hohe Kostenbeteiligung nicht tragen, erhält er einen Teil davon vom Staat rückerstattet, der im Gegenzug weniger Prämienbeiträge auszurichten hat.

Die nachfolgende Tabelle 12 zeigt für die Erwachsenen bei einer Franchise von 500 bis 5'000 Franken (in Schritten von 500 Franken) und einem Selbstbehalt von 10 %, maximal 1'000 Franken, welcher Anteil der Behandlungskosten der Erwachsenen durch die Kostenbeteiligung finanziert wird.

Tabelle 12 Modellrechnungen zur Variante E II

Franchise	SB in %	SB max.	absolute Reduktionsfaktoren	relative Reduktionsfaktoren
230	10%	600	12.4%	0.0%
500	10%	1'000	19.4%	8.0%
1'000	10%	1'000	28.3%	18.1%
1'500	10%	1'000	35.5%	26.3%
2'000	10%	1'000	41.4%	33.0%
2'500	10%	1'000	46.3%	38.7%
3'000	10%	1'000	50.6%	43.5%
3'500	10%	1'000	54.2%	47.7%
4'000	10%	1'000	57.4%	51.3%
4'500	10%	1'000	60.2%	54.5%
5'000	10%	1'000	62.6%	57.3%

SB = Selbstbehalt

In der Spalte «absolute Reduktionsfaktoren» ist angegeben, welcher Anteil der Bruttokosten durch die Kostenbeteiligung finanziert wird. In der Spalte «relative Reduktionsfaktoren» wird angegeben, welchen Prozentsatz die höhere Kostenbeteiligung gegenüber der Basiskostenbeteiligung zusätzlich erfasst. Dieser Prozentsatz ist in Prozent der durch die Basiskostenbeteiligung reduzierten Bruttokosten dargestellt und sagt aus, um wie viel tiefer die Nettokosten der höheren Kostenbeteiligung gegenüber der Basiskostenbeteiligung liegen. Dieser Prozentsatz dient auch als theoretischer Prämienrabatt für höhere Kostenbeteiligungen.

Wir stellen fest, dass mit einer Franchise von 3'000 Franken und einem Selbstbehalt von 10 %, maximal 1'000 Franken, 50,6 % der Bruttokosten finanziert werden. Wenn wir diese Kostenbeteiligung zur heute geltenden Regelung in Beziehung setzen, bei welcher lediglich 12,4 % der Kosten unter die Kostenbeteiligung fallen, erhalten wir einen Reduktionsfaktor vom 43,5 %. Dies bedeutet, dass bei einer Franchise von 3'000 Franken und einem Selbstbehalt von 10 %, maximal 1'000 Franken, die Prämien gegenüber der heutigen Basisregelung um 43,5 % tiefer angesetzt werden könnten. Bei einer Franchise von 4'000 Franken würden sich die Prämien in etwa halbieren.

4.1.3 Variante L I: «Franchise pro Ärztin»

Definition der Variante L I

Die Kostenbeteiligung besteht aus:

- a) einem festen Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr für Erwachsene von mindestens M (300) Franken für die Behandlung bei der ersten «Hausärztin» (Allgemeinpraktiker, Internisten, Pädiater, Gynäkologen) oder im Rahmen eines (anderen) Managed Care Modells sowie beim Bezug von Generika Medikamenten.
- b) einem zusätzlichen festen Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr und Ärztin von mindestens m (30) Franken pro weitere Ärztin, sofern die Erstärztin den Erkrankten an einen Spezialisten überweist.
- c) einem zusätzlichen festen Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr von mindestens M (300) Franken sofern der Erkrankte die Ärztin wechselt.

- d) 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt), maximal N (500 – 1'200) Franken für Erwachsene und n (250 -600) Franken für Kinder.
- e) einem zusätzlichen Betrag für Originalmedikamente, sofern ein ebenbürtiges Generikum ⁴³ besteht, in der Höhe des Preisdifferenz ⁴⁴.
- f) Der Krankenversicherer kann - muss aber nicht - Managed-Care-Modelle anbieten.
- g) Die Mindest- und Maximalbeträge nach lit. a) – d) sind wie folgt kantonalen Kriterien ⁴⁵ einkommensabhängig:

Tabelle 13 Mindest- und Maximalbeträge für Variante L I

Kategorie	Obere Einkommensgrenze	Jahresfranchise in CHF		Maximaler Selbstbehalt in CHF	
		a) pro neue Ärztin	b) bei Überweisung	a) Erwachsene	b) Kinder
A	Kantonale Einkommensgrenze für die Prämienverbilligung	a) 300	b) 30	a) 500	b) 250
B	Stufe A + 20 %	a) 400	b) 50	a) 600	b) 300
C	Stufe B + 20 %	a) 600	b) 100	a) 800	b) 400
D	mehr als Stufe C	a) 1'000	b) 200	b) 1'200	c) 600

Diese Variante, eingebracht vom Vertreter der SDK ⁴⁶, ist neben der leistungsabhängigen Komponente ⁴⁷ auch vom Einkommen abhängig. Dabei wird eine vierstufige Skala gewählt, welche sich an der oberen Einkommensgrenze für die kantonalen Prämienverbilligungen orientiert, solange auf eidgenössischer Ebene keine einheitliche Regelung besteht.

Dieses Modell soll mithelfen,

- die Managed Care Modelle zu fördern,
- den Zugang zu Spezialisten kontrollieren,
- die Verschreibung von Generika fördern.

Die medizinischen Netzwerke sollen damit eine breitere Beachtung finden, indem der Versicherte einen Hausarzt wählt, der ihn in allen gesundheitlichen Fragen kompetent beraten kann und bei Bedarf an einen Spezialisten überweist. Damit sollen auch die Leistungserbringer besser in der Lage sein, die medizinisch nicht begründeten Begehren der Versicherten abzuweisen.

Da bei diesem Modell viele Fragen offen sind, wird kein Vorschlag für eine KVG-Änderung vorgelegt.

⁴³ gemäss besonderer Liste des BSV

⁴⁴ Preis Originalmedikament minus Generikum

⁴⁵ solange keine einheitliche Regelung auf Bundesebene besteht

⁴⁶ Sanitätsdirektorenkonferenz

⁴⁷ Ärzte der Grundversorgung (Allgemeinpraktiker, Allg. Innere Medizin, ev. auch Pädiater und Gynäkologen)

Modellrechnungen zur Variante L I

Zur Variante L I können im heutigen Zeitpunkt leider keine Berechnungen durchgeführt werden, weil die kantonalen Einkommensstrukturen in den vier definierten Klassen sowie die Daten betreffend Behandlungen bei Hausärzten usw. nicht zur Verfügung stehen. Hierzu wären besondere Erhebungen auf Stufe Kanton und bei den Versicherern notwendig. Zudem fehlen noch einige wichtige Präzisierungen und Definitionen bezüglich Hausärztin und Managed Care Modell. Bei Spitalbehandlungen (ambulant und stationär) ist die Kostenbeteiligung ebenfalls noch zu präzisieren.

4.1.4 Variante L II «Franchise pro Konsultation/Spitaltag»,**Definition der Variante L II**

- a) Die Kostenbeteiligung setzt sich zusammen aus einer Franchise von 60 Franken pro Konsultation/Spitaltag und einem Selbstbehalt von 20 % für Mitglieder von alternativen Modellen bzw. 30 % für die übrigen Versicherten der die Franchise übersteigenden ambulanten und stationären Behandlungskosten.
- b) Die Kostenbeteiligung aus Franchise und Selbstbehalt (lit. a) beträgt maximal 830 Franken pro Jahr für die Mitglieder von alternativen Modellen bzw. 2'100 Franken für die übrigen Versicherten.
- c) Wechselt der Versicherte freiwillig, d.h. ohne Zuweisung, den Leistungserbringer ausserhalb des alternativen Modells, hat er eine zusätzliche «Wechselfranchise» von 200 Franken zu bezahlen.
- d) Für Kinder beträgt die Franchise 20 Franken pro Konsultation/Spitaltag, die maximale Kostenbeteiligung 300 Franken für Mitglieder von alternativen Modellen bzw. 675 Franken für die übrigen Versicherten und die «Wechselfranchise» 100 Franken.
- e) Der Krankenversicherer kann - muss aber nicht – alternative Versicherungsmodelle anbieten.
- f) Die maximale Kostenbeteiligung für die übrigen Versicherten nach lit b) wird innerhalb von 3 Jahren auf nach Inkrafttreten des geänderten KVG von heute 830 Franken auf 2'100 Franken erhöht.

Diese Variante, eingebracht von santésuisse, basiert auf den folgenden Grundsätzen:

- Die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken soll gestärkt werden, indem Patienten (und indirekt auch Ärzte) mit fehlendem Kostenbewusstsein bestraft werden und Anreize zum häuslicheren Umgang mit Gesundheitsleistungen geschaffen werden.
- Sozialpolitische Ziele sollen, analog zum Grundsatz des Neuen Finanzausgleiches (NFA), über Steuern und Zuschüsse des Staates gewährleistet werden.
- Die Kostenbeteiligung muss einfach und kommunizierbar sein.
- Der Versicherte soll über die Kostenbeteiligung einen finanziellen Anreiz erhalten, einem Managed Care Modell beizutreten. Anstelle eines Obligatoriums sollen die Einsparungen der alternativen Versicherungsmodelle nicht nur über einen Prämienrabatt, sondern auch über einen tieferen Selbstbehalt an die Versicherten weiter gegeben werden. Damit sollen vor allem auch die Kranken animiert werden, einem Managed Care Modell beizutreten.
- Die heutige Wahlfranchise soll abgeschafft werden, weil sie zu einer Entsolidarisierung zwischen Kranken und Gesunden führt.
- Die Franchise soll pro Konsultation/Spitaltag zur Anwendung kommen. Der Patient kann vor allem beeinflussen, wie häufig er einen Leistungserbringer aufsucht.
- Unkoordinierte Parallelbehandlungen sollen mit einer Wechselfranchise verhindert werden.

Modellrechnungen zur Variante L II

Modellrechnungen mit den zur Verfügung stehenden Daten von santésuisse können nur begrenzt durchgeführt werden. Die Daten weisen die Zahl der Konsultationen und die Zahl der Spitaltage pro Kostenrecord nicht aus. In der Tabelle 14 werden die möglichen Kombinationen für die Erwachsenen je nach Anzahl Franchisen dargestellt. Je mehr Konsultationen/Spitaltage anfallen, umso kleiner wird der Restbetrag für den bis zum Maximum verbleibenden Selbstbehalt. Bei Versicherten in alternativen Modellen wird die maximale Kostenbeteiligung nach 13 Konsultationen/Spitaltage praktisch erreicht. Vermutlich wird sich die Balance irgendwo im Mittelfeld einpendeln. Bei 6 Konsultationen/Spitaltage wirkt der Selbstbehalt von 20 % bis zu Behandlungskosten (nach Abzug der Franchise) von 2'350 Franken.

Bei Versicherten im traditionellen Modell liegen diese Grenzwerte bedeutend höher. Bei 10 Konsultationen/Spitaltage wird beispielsweise der Selbstbehalt von 30 % bis zu übrigen Behandlungskosten von 5'000 Franken wirksam. Die absoluten und relativen Reduktionsfaktoren sind ebenfalls mit Vorsicht zu interpretieren. Sie geben aber an, wie die einzelnen Szenarien relativ zueinander stehen. Je nach Anzahl Konsultationen werden im alternativen Modell maximal knapp 20 % der Behandlungskosten durch die Kostenbeteiligung erfasst. Beim traditionellen Modell steigt dieser Wert bis maximal 38 % (absoluter Reduktionsfaktor). Die maximalen relativen Reduktionsfaktoren liegen im Verhältnis 1:3.

Tabelle 15 zeigt die analogen Werte für die Kinder. Versicherte von alternativen Modellen erreichen die maximale Kostenbeteiligung bei 15 Konsultationen/Spitaltage und erfassen dabei maximal 20 % der gesamten Behandlungskosten. Bei den Versicherten der traditionellen Modelle ist die Auswirkung stark abhängig von der Verteilung der Konsultationen/Spitaltage auf die einzelnen Kostenrecords. Verbindliche Aussagen sind auch hier sehr schwierig.

Derartige Modellrechnungen sind nur mit Vorbehalt aussagekräftig. Zur Zeit fehlen Statistiken über die Struktur der Konsultationen und der Spitaltage. Diese wären mit einer repräsentativen Erhebung durch santésuisse bereitzustellen und nach den Grundsätzen der übrigen Modellrechnungen auszuwerten.

Tabelle 14 Absolute und relative Reduktionsfaktoren Variante L II; Erwachsene

Franchise	Selbstbehalt		absoluter Reduktionsfaktor		relativer Reduktionsfaktor
	in %	max.	Total KOBE in %	Total KOBE in Fr.	
60	20%	770	12.2%	1'536'455'546	0.0%
120	20%	710	13.3%	1'668'409'802	1.2%
180	20%	650	14.3%	1'789'879'677	2.3%
240	20%	590	15.2%	1'900'924'029	3.3%
300	20%	530	16.0%	2'002'459'364	4.2%
360	20%	470	16.7%	2'095'877'030	5.1%
420	20%	410	17.4%	2'178'421'339	5.8%
480	20%	350	17.9%	2'251'608'817	6.5%
540	20%	290	18.5%	2'315'260'846	7.1%
600	20%	230	18.9%	2'368'928'687	7.6%
660	20%	170	19.2%	2'412'861'009	8.0%
720	20%	110	19.5%	2'444'020'201	8.2%
780	20%	50	19.6%	2'462'775'405	8.4%
60	30%	2'040	21.6%	2'715'285'590	10.7%
120	30%	1'980	22.7%	2'848'354'019	11.9%
180	30%	1'920	23.7%	2'974'251'232	13.1%
240	30%	1'860	24.7%	3'093'269'991	14.1%
300	30%	1'800	25.6%	3'206'468'508	15.2%
360	30%	1'740	26.4%	3'315'309'697	16.2%
420	30%	1'680	27.2%	3'417'785'505	17.1%
480	30%	1'620	28.0%	3'515'618'735	18.0%
540	30%	1'560	28.8%	3'609'118'001	18.8%
600	30%	1'500	29.5%	3'698'486'631	19.6%
660	30%	1'440	30.2%	3'784'555'361	20.4%
720	30%	1'380	30.8%	3'865'667'950	21.2%
780	30%	1'320	31.4%	3'943'113'117	21.9%
840	30%	1'260	32.0%	4'016'980'957	22.5%
900	30%	1'200	32.6%	4'087'372'773	23.2%
960	30%	1'140	33.1%	4'154'905'095	23.8%
1'020	30%	1'080	33.6%	4'218'181'136	24.4%
1'080	30%	1'020	34.1%	4'278'196'032	24.9%
1'140	30%	960	34.6%	4'334'967'507	25.4%
1'200	30%	900	35.0%	4'388'538'756	25.9%
1'260	30%	840	35.4%	4'439'393'601	26.4%
1'320	30%	780	35.8%	4'486'311'280	26.8%
1'380	30%	720	36.1%	4'530'071'447	27.2%
1'440	30%	660	36.4%	4'570'643'415	27.6%
1'500	30%	600	36.7%	4'608'045'632	27.9%
1'560	30%	540	37.0%	4'642'632'749	28.2%
1'620	30%	480	37.2%	4'673'291'637	28.5%
1'680	30%	420	37.5%	4'700'673'543	28.7%
1'740	30%	360	37.7%	4'724'720'547	29.0%
1'800	30%	300	37.8%	4'745'376'466	29.1%

Tabelle 15 Absolute und relative Reduktionsfaktoren Variante L II; Kinder

Franchise	Selbstbehalt		absoluter Reduktionsfaktor		relativer Reduktionsfaktor
	in %	max.	Total KOBE in %	Total KOBE in Fr.	
20	20%	280	16.0%	144'816'765	0.0%
40	20%	260	17.6%	159'355'074	1.9%
60	20%	240	19.3%	174'853'560	4.0%
80	20%	220	20.7%	187'446'040	5.6%
100	20%	200	22.1%	199'785'684	7.2%
120	20%	180	23.5%	212'164'312	8.9%
140	20%	160	24.6%	222'463'787	10.2%
160	20%	140	25.8%	233'332'508	11.7%
180	20%	120	26.7%	241'499'712	12.7%
200	20%	100	27.6%	249'130'628	13.7%
220	20%	80	28.4%	256'375'977	14.7%
240	20%	60	28.9%	261'410'125	15.4%
260	20%	40	29.5%	266'441'180	16.0%
280	20%	20	29.7%	268'391'331	16.3%
300	20%	0	29.8%	269'084'812	16.4%
20	30%	655	25.7%	232'138'535	11.5%
40	30%	635	27.2%	245'935'303	13.3%
60	30%	615	28.8%	260'678'354	15.3%
80	30%	595	30.2%	273'077'143	16.9%
100	30%	575	31.6%	285'433'806	18.5%
120	30%	555	33.0%	298'013'833	20.2%
140	30%	535	34.2%	309'071'044	21.6%
160	30%	515	35.5%	320'868'142	23.2%
180	30%	495	36.6%	330'744'973	24.5%
200	30%	475	37.7%	340'566'419	25.8%
220	30%	455	38.8%	350'506'730	27.1%
240	30%	435	39.7%	359'210'419	28.2%
260	30%	415	40.8%	368'502'658	29.5%
280	30%	395	41.6%	376'170'230	30.5%
300	30%	375	42.4%	383'765'632	31.5%
320	30%	355	43.3%	391'504'631	32.5%
340	30%	335	44.0%	398'130'945	33.4%
360	30%	315	44.8%	405'193'522	34.3%
380	30%	295	45.4%	410'915'121	35.0%
400	30%	275	46.1%	416'535'144	35.8%
420	30%	255	46.7%	422'195'357	36.5%
440	30%	235	47.2%	426'947'307	37.1%
460	30%	215	47.8%	431'991'610	37.8%
480	30%	195	48.2%	435'905'569	38.3%
500	30%	175	48.6%	439'673'386	38.8%

4.1.5 Modell L III «Managed Care»

Definition der Variante L III

Die Kostenbeteiligung besteht aus:

- a) einem festen Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr für Erwachsene von 300 Franken für die Behandlung im Rahmen eines Managed Care Modells und von 600 Franken für die übrigen Behandlungen.
- b) 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) für Behandlungen im Rahmen eines Managed Care Modells, maximal 600 Franken für Erwachsene und 300 Franken für Kinder.
- c) 20 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) für die übrigen Behandlungen, maximal 1'200 Franken für Erwachsene und 600 Franken für Kinder.
- d) Der Krankenversicherer kann - muss aber nicht - Managed-Care-Modelle anbieten.
- e) Hat eine versicherte Person keine Möglichkeit, an seinem Wohnort einem Managed Care Modell beizutreten, gilt die höhere Kostenbeteiligung für Behandlungen ausserhalb eines Managed Care Modells.

Diese Variante entspricht grundsätzlich dem Modell des Teilprojektes Managed Care sowie dem Beschluss des Ständerates ⁴⁸ zur 2. KVG-Teilrevision, mit Ausnahme der vorstehenden Regelung für die Regionen ohne Managed Care Angebote, für welche der Ständerat die tiefe Kostenbeteiligung wie für Versicherte von Managed Care Modellen vorgesehen hat. Zudem sieht der Ständerat vor, dass alle Versicherer ein Managed Care Modell anbieten müssen.

Bei einer derartigen Aufteilung wäre aber klar zu definieren, ob damit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung auch zwei autonome Risikogesamtheiten ⁴⁹ gebildet werden oder nicht. Wenn für die beiden Bestände getrennte Rechnungen geführt werden, können theoretisch für die Versicherten mit einer höheren Kostenbeteiligung die Prämien gesenkt werden. Die Managed Care Modelle müssen demnach entsprechende Einsparungen erzielen, wenn sie höchstens gleich hohe oder tiefere Prämien anbieten wollen. Wenn die Managed Care Modelle so konzipiert werden, dass eher die behandlungsbedürftigen Versicherten und besonders die chronisch Kranken in diese Modelle wechseln, muss das Einsparpotential noch grösser sein. Das Ausmass lässt sich gestützt auf die vorliegenden Berechnungen abschätzen. Kann das Managed Care Modell die durch die bessere Risikoselektion und höhere Kostenbeteiligung resultierende tiefere Prämie für die Versicherten ausserhalb des Managed Care Modells nicht durch ein straffes Kostenmanagement kompensieren, müssen weitere Solidaritätszahlungen der Gesunden zu den Kranken durch einen entsprechend geänderten Risikoausgleich gefunden werden, zumal für den Fall, dass die Versicherer nicht zwingend ein Managed Care Modell anbieten müssen.

Man kann aber auch argumentieren, dass nur eine Risikogesamtheit geführt wird und die Versicherten mit einer höheren Kostenbeteiligung – und damit eher gesünderen Versicherten – einen solidarischen Beitrag zugunsten der Mitglieder eines Managed Care Modells leisten. Ob die deutlich höhere Kostenbeteiligung die im Unterschied zum Managed Care Modell gewährte freie Wahl der Leistungserbringer rechtfertigt ist fraglich, zumal diese Versicherten eher unterdurchschnittlich die Krankenversicherung belasten, wie verschiedene Studien zeigen.

Zudem stellt sich die Frage, ob die Versicherer überhaupt an einem Angebot von Managed Care Modellen interessiert sind. Dies hängt entscheidend von der Beantwortung der zum heutigen Zeitpunkt noch offenen Fragen ab.

⁴⁸ vom 20.3.03

⁴⁹ Eine Risikogesamtheit für alle Versicherten, die einem Managed Care Modell angehören, eine andere Risikogesamtheit für alle übrigen Versicherten

Modellrechnungen zur Variante L III

Konkrete Berechnungen sind nur im statischen Modell möglich unter der Annahme, dass die Risikostruktur und damit die Erkrankungshäufigkeiten pro Altersgruppe in beiden Risikogesamtheiten gleich sind. Unter diesen Voraussetzungen kann nun abgeschätzt werden, welcher Anteil an den Bruttokosten (absoluter Reduktionsfaktor) die beiden Risikogruppen mit den unterschiedlichen Kostenbeteiligungen erreichen. Die Resultate sind in Tabelle 16 zusammengefasst:

Tabelle 16 Modellrechnungen zur Variante L III

Franchise	SB in %	SB max.	absolute Reduktionsfaktoren	relative Reduktionsfaktoren
300	10%	600	14.0%	0.0%
600	10%	600	20.3%	7.3%
900	10%	600	25.7%	13.5%
1'200	10%	600	30.4%	19.0%
1'500	10%	600	34.5%	23.8%
300	20%	1'200	19.8%	6.7%
600	20%	1'200	25.5%	13.3%
900	20%	1'200	30.4%	19.0%
1'200	20%	1'200	34.7%	24.0%
1'500	20%	1'200	38.5%	28.4%

Wir erkennen, dass bei einer Basis-Kostenbeteiligung mit einer Franchise von 300 Franken und einem Selbstbehalt von 10 %, maximal 600 Franken, 14.0 % der Bruttokosten der Erwachsenen unter die Kostenbeteiligung fallen. Werden alle drei Parameter verdoppelt, d. h. Franchise 600 Franken und Selbstbehalt 20 %, maximal 1'200 Franken, werden von der Kostenbeteiligung bereits 25,5 % der Bruttokosten erfasst. Beziehen wir diesen Wert auf die Basis-Kostenbeteiligung, dann werden 13,3 % mehr erfasst. Dies bedeutet nun, dass im Managed Care Modell diese 13,3 % eingespart werden müssen, wenn trotz höherer Kostenbeteiligung in der allgemeinen OKP⁵⁰ mindestens gleich hohe Prämien für alle erreicht werden sollen und keine Quersubventionen von der allgemeinen OKP in das Managed Care Modell vorgesehen werden.

Werden nun aber durch den grösseren Anreiz vor allem auch chronisch Kranke für den Beitritt zu einem Managed Care Modell motiviert, verändert sich die Kostenstruktur zuungunsten des Managed Care Modells. Die Differenz könnte unter diesen Umständen bald von den 13,3 % in die Grössenordnung von 15 – 20 % steigen. Die kostensparenden Ansprüche an das Managed Care Modell würden stark anwachsen. Werden alle Versicherten als eine Risikogesamtheit mit einheitlicher Prämie betrachtet, leisten die Versicherten mit der doppelten Kostenbeteiligung unter Umständen eine respektable Solidaritätsleistung zugunsten der Versicherten im Managed Care Modell. Dies könnte die Versicherer veranlassen, auf ein Angebot Managed Care vorläufig zu verzichten. Je nach Höhe der Prämien würden sicher auch die gesunden Versicherten vorerst mit einem Beitritt zu einer Kasse mit einem Managed Care Angebot zuwarten und das Risiko einer höheren Kostenbeteiligung in Kauf nehmen.

50 Obligatorische Krankenpflegeversicherung

4.1.6 Modell K: «Modifikation der geltenden Kostenbeteiligung nach KVG»

Definition der geltenden Kostenbeteiligung nach KVG

Die Kostenbeteiligung besteht allgemein aus:

- a) einem festen Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr von F (230) Franken für Erwachsene und von f (0) Franken für Kinder,
- b) s (10) Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt), maximal N (600) Franken für Erwachsene und n (300) Franken für Kinder.
- c) Der Versicherte kann freiwillig eine höhere Franchise wählen und erhält einen Prämienrabatt. Die Versicherer können die Prämie für die Versicherung mit wählbaren Franchisen gegenüber der Prämie der ordentlichen Versicherung höchstens um die in der nachfolgenden Tabelle 17 aufgeführten Prozentsätze reduzieren:

Tabelle 17 Parameter der geltenden Kostenbeteiligung

Stufe	Erwachsene		Kinder	
	Franchise in Franken	Prämienreduktion in %	Franchise in Franken	Prämienreduktion in %
1	400	8	-	-
2	600	15	150	15
3	1'200	30	300	30
4	1'500	40	375	40

- d) Dabei ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass die Reduktion pro Kalenderjahr nicht höher sein darf als das von den Versicherten mit der Wahl der höheren Franchise übernommene zusätzliche Risiko, sich an den Kosten zu beteiligen.

In diesem System können die fünf Parameter

- M (Franchise für Erwachsene),
- m (Franchise für Kinder),
- s (Selbstbehalt in Prozent),
- N (maximaler Selbstbehalt für Erwachsene) und
- n (maximaler Selbstbehalt für Kinder) sowie allenfalls
- eine Begrenzung pro Familie und Jahr

grundsätzlich beliebig festgesetzt werden. Mit Ausnahme des Prozentsatzes für den Selbstbehalt⁵¹ liegt die diesbezügliche Kompetenz beim Bundesrat⁵². Abweichende Regelungen für die Kostenbeteiligung der besonderen Versicherungsformen⁵³ kann ebenfalls der Bundesrat festlegen.

⁵¹ KVG, Art. 64, Abs. 2, lit. b.

⁵² Es ist allerdings noch unklar, ob das KVG dem Bundesrat erlaubt, eine Begrenzung pro Familie und Jahr festzulegen. Nach KVG Art. 64, Abs. 4 ist allerdings die Kostenbeteiligung für alle Kinder einer Familie, die beim gleichen Versicherer versichert sind, auf die maximale Kostenbeteiligung einer erwachsenen Person begrenzt.

⁵³ KVG, Art. 62

Wie mit den Modellrechnungen noch zu zeigen sein wird, sind die heute in der Verordnung vorgesehenen maximalen Rabattsätze für die wählbaren Franchisen eindeutig zu hoch. Seit dem Inkrafttreten des KVG hat sich die Struktur der Bruttokosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verändert. Die starken Kostensteigerungen der letzten Jahre führen dazu, dass die Wirkung der in der Verordnung festgelegten Frankenbeträge für die Franchise und den maximalen Selbstbehalt reduziert worden ist. Der durch die Kostenbeteiligung definierte Anteil an den Bruttokosten ist gesunken; die Wirkung auf das Kostenbewusstsein der Versicherten wird kleiner. Eine Anpassung der Frankenbeträge drängt sich auf.

Modell «Status quo plus» (KI)

Das KVG erlaubt dem Bundesrat, die Franchise und den Höchstbetrag des Selbstbehaltes (Art. 64 Abs. 3 KVG) sowie die Prämienrabatte für die besondere Versicherungsform der wählbaren Franchisen (Art. 62 Abs. 3 KVG) festzulegen.

Die oben definierten allgemeinen Parameter für die Kostenbeteiligung sind wie folgt (Tabelle 18) anzupassen:

Tabelle 18 Parameter für die Variante K I

	Erwachsene			Kinder		
	Franchise CHF	Selbstbehalt %	CHF	Franchise CHF	Selbstbehalt %	CHF
Basis	300	10	600	0	10	300
wählbar	600	10	600	150	10	300
	900	10	600	225	10	300
	1'200	10	600	300	10	300
	1'500	10	600	375	10	300

Bei einer Kombination mit dem Modell «Managed Care» (L III) lässt sich diese Tabelle wie folgt ergänzen (Tabelle 19) :

Tabelle 19 Parameter für die Kombination der Varianten K I und L III

	Erwachsene			Kinder		
	Franchise CHF	Selbstbehalt %	CHF	Franchise CHF	Selbstbehalt %	CHF
Basis (für Managed Care Modelle)	300	10	600	0	10	300
wählbar	600	10	600	150	10	300
	900	10	600	225	10	300
	1'200	10	600	300	10	300
	1'500	10	600	375	10	300
Basis (für übrige OKP)	600	20	1'200	0	20	600
wählbar	600	20	1'200	150	20	600
	900	20	1'200	225	20	600
	1'200	20	1'200	300	20	600
	1'500	20	1'200	375	20	600

Kostenbeteiligung nach medizinischer Leistung

Der Bundesrat hat gemäss KVG Art. 64, Abs. 6 die Kompetenz,

- a. für bestimmte Leistungen eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen;
- b. für Dauerbehandlungen sowie für Behandlungen schwerer Krankheiten die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben;
- c. die Kostenbeteiligung bei einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 Absatz 4 aufheben, wenn sie sich als nicht zweckmässig erweist;
- d. einzelne Leistungen der medizinischen Prävention von der Franchise ausnehmen. Dabei handelt es sich um Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonale organisierten Präventionsprogrammen durchgeführt werden.

Von dieser Kompetenz hat der Bundesrat bis heute nicht Gebrauch gemacht. Folgende Möglichkeiten sind innerhalb der Arbeitsgruppe diskutiert worden:

ad lit. a:

- Physiotherapie,
- Psychotherapie,
- diagnostische High-tech Abklärungen oder allgemeiner technisch diagnostische Leistungen wie Laboranalysen, bildgebende Verfahren, EKG etc.),
- Medikamente, für welche ein Generikum in der Spezialitätenliste aufgeführt ist,
- Badekuren inkl. der ambulanten medizinischen Leistungen, die dabei erbracht werden.

ad lit. b und d: Im Modell K I ist auch diskutiert worden, ob die leistungsabhängige Komponente gemäss KVG Art. 64, Abs. 6 auszubauen und dem Bundesrat eine weiter gehende Kompetenz, je nach Leistung unterschiedliche oder keine Kostenbeteiligung zu erheben, einzuräumen sei. Obschon auch die verschiedenen Abstufungen im Ausland⁵⁴ zur Verfügung standen, stellt die Arbeitsgruppe bezüglich KVG Art. 64, Abs. 6 keine konkreten Änderungsanträge. Der internationale Vergleich zeigt, dass in verschiedenen Staaten Kostenbeteiligungsregelungen bestehen, welche auf leistungsbezogenen Elementen basieren. Diese Varianten können aber nicht auf unser System der Kostenbeteiligung übertragen werden. Leistungsabhängige Komponenten sind zudem lediglich als Zusatzbestimmungen zu einem umfassenden Kostenbeteiligungsmodell vorzusehen. Die Kriterien für die unterschiedlichen Kostenbeteiligungen müssten im KVG festgelegt werden.

Bis heute hat der Bundesrat von der in KVG Art. 64, Abs. 6 enthaltenen Kompetenz erst in einem konkreten Fall Gebrauch gemacht. Mit dem Art. 105 der KVV, hat er die Kompetenz an das Departement des Innern delegiert. Das EDI hat davon lediglich in der KLV, Art. 12, lit. o (Mammographie) Gebrauch gemacht:

«2. Screening Mammographie: Ab dem 50. Altersjahr alle zwei Jahre. Im Rahmen eines Programms für Früherkennung des Brustkrebses gemäss der Verordnung vom 23.6.99 über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie. Auf dieser Leistung wird keine Franchise erhoben. Ziffer 2 gilt bis zum 31. Dezember 2007»

⁵⁴ siehe Abschnitt 3.6 Internationaler Vergleich

Wie bereits die Studie des IMIB⁵⁵ gezeigt hat, ist die heute verfügbare Datenbasis ungenügend. Es wäre zunächst Transparenz hinsichtlich Krankheitsfällen, medizinischen Leistungen und Kostenbelastungen herzustellen, bevor über eine Umverteilung der Krankheitskosten entschieden wird.

Einig war sich die Arbeitsgruppe bei der unterschiedlichen Lösung der Kostenbeteiligung nach KVG und nach UVG. Zwischen den Unfallversicherten nach UVG (unselbständig Erwerbstätige) und denjenigen nach KVG (nicht Erwerbstätige wie Kinder, Hausfrauen und Hausmänner, Rentenbezüger etc) bestehen bei Unfallbehandlungen finanziell unterschiedliche Belastungen. Hier ist zu prüfen, ob bei Unfällen auf die Kostenbeteiligung verzichtet werden soll, weil bei Personen, die gemäss Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung versichert sind, keine erhoben wird. Dabei ist aber zu beachten, dass zwischen den beiden Gesetzen weitere gewichtige Unterschiede bestehen, welche eine Gleichbehandlung bezüglich Kostenbeteiligung nicht ohne weiteres gestatten.

Leistungsabhängige Elemente nach KVG Art. 64, Abs. 6 bei der Kostenbeteiligung werden nicht als ein selbständiges Modell vorgeschlagen; sie sollen vielmehr Gegenstand der einzelnen Managed Care Modelle sein. Unter diesem Aspekt kann der Kompetenz des Bundesrates nach KVG Art. 64, Abs. 6 Rechnung getragen werden.

Modell «Selbstbehalt» (K II)

Die Vertreter von santésuisse haben zusätzlich zur Variante L II die Variante K II eingebracht mit dem Ziel, auf eine Franchise gänzlich zu verzichten und demgegenüber den Selbstbehalt auf 50 %, maximal 1'000 Franken für Erwachsene bzw. 500 Franken für Kinder festzusetzen. Für Personen in wirtschaftlich schwachen Verhältnissen müsste zudem neben der Prämie auch die Kostenbeteiligung für die Prämienverbilligung berücksichtigt werden.

santésuisse begründet die Variante zudem wie folgt:

- Die heute geltende Franchise von 230 Franken wird oft schon bei der ersten Konsultation erreicht. Die 10 % Selbstbehalt auf den restlichen Kosten würden den Konsum von medizinischen Leistungen kaum beeinflussen.
- Die Antragsteller sind der Ansicht, dass die Mitverantwortung der Versicherungsnehmer angesichts der erzeugten Kosten verstärkt werden muss und zwar durch gezielte wirtschaftliche Anreize hinsichtlich der Leistungskosten.
- Das System der Wahlfranchise steht im Widerspruch zum Grundsatz der Solidarität zwischen Versicherungsnehmern. Die ersparte Prämie bei einer Wahlfranchise zugunsten des entsprechenden Versicherungsnehmers verringert die Solidarität mit den anderen Versicherungsnehmern, insbesondere mit den Kranken und den älteren Personen unter ihnen.

Modell «Reformpaket EDI 2004» (K III)

Am 16. April 2003 hat das EDI ein Reformpaket vorgestellt⁵⁶ und bis 15. Mai 2003 in die Vernehmlassung geschickt. Dabei soll mit Wirkung ab 1. Januar 2004 die Franchise von 230 auf 300 Franken angehoben werden. Die Selbstbeteiligung von 10 % soll neu bis zu einem Maximalbetrag von 800 Franken erhoben werden, was zu einer maximalen Kostenbeteiligung von 1'100 Franken führt.

Weil diese Änderungen kurz vor Abschluss dieses Berichtes bekannt gemacht werden, beschränkt sich der Kommentar des Teilprojektleiters auf die Wiedergabe einiger Modellrechnungen mit den vorgesehenen neuen Parametern für die Kostenbeteiligung. Auf eine detaillierte Beurteilung im Sinne von Stärken, Schwächen, Realisierbarkeit, Auswirkungen auf die Partner im Gesundheitswesen etc. wird aus zeitlichen Gründen ebenfalls verzichtet. Die allgemeine Beurteilung deckt sich zudem weitgehend mit derjenigen für das Modell K I.

⁵⁵ Institut für Medizin Informatik und Biostatistik, Basel; Schlussbericht vom 19.7.1999 zuhanden ELK

⁵⁶ Medienmitteilung EDI vom 16.4.03 inkl. Verordnungsänderung mit Kommentar unter www.bsv.admin.ch

Modellrechnungen für die Modifikation der Kostenbeteiligung nach KVG*Beurteilung der heute geltenden Kostenbeteiligung*

Ein erstes Ergebnis mit den heute geltenden Kostenbeteiligungen zeigt, dass die in der Verordnung vorgesehenen maximalen Prämienreduktionen bei wählbaren Franchisen eindeutig zu hoch sind. Gestützt auf die Daten von santésuisse des Jahres 2001 müssten diese maximalen Rabattsätze theoretisch wie folgt angesetzt werden:

Tabelle 20 Notwendige Reduktion der heute geltenden Rabattsätze

Stufe	Erwachsene		Kinder	
	Franchise in Franken	Prämienreduktion in %	Franchise in Franken	Prämienreduktion in %
1	400	4.4%	-	-
2	600	9.0%	150	16.7%
3	1'200	20.5%	300	29.4%
4	1'500	25.2%	375	34.7%

Der Änderungsbedarf besteht vor allem bei den Erwachsenen. Wenn die Fragestellung geändert wird und zuerst die Rabattsätze in runden Prozentzahlen festgelegt werden, können die entsprechenden wählbaren Franchisen bestimmt werden. Dies ergibt das folgende Resultat:

Tabelle 21 Neue Abstufung der wählbaren Franchisen

Stufe	Erwachsene		Kinder	
	Franchise in Franken	Prämienreduktion in %	Franchise in Franken	Prämienreduktion in %
1	650	10	100	10
2	1'200	20	175	20
3	1'800	30	300	30
4	2'700	40	475	40
5	3'900	50	675	50

Modellrechnungen für die Variante «Status quo plus» (K I)

Tabelle 22 Modellrechnungen Erwachsene für die Variante K I

Franchise	SB in %	SB max.	absolute Reduktionsfaktoren	relative Reduktionsfaktoren *)	
300	10%	600	14.0%	0.0%	0.0%
600	10%	600	20.3%	7.3%	7.3%
900	10%	600	25.7%	13.5%	13.5%
1'200	10%	600	30.4%	19.0%	19.0%
1'500	10%	600	34.5%	23.8%	23.8%
300	20%	1'200	19.8%	6.7%	0.0%
600	20%	1'200	25.5%	13.3%	0.0%
900	20%	1'200	30.4%	19.0%	6.6%
1'200	20%	1'200	34.7%	24.0%	12.3%
1'500	20%	1'200	38.5%	28.4%	17.4%
1'800	20%	1'200	41.9%	32.4%	22.0%

*) Spalte links: einheitliche Basis; Spalte rechts pro Selbstbehalt eine eigene Basis für die Berechnung der relativen Reduktionsfaktoren.

Diese beiden Spalten rechts in der Tabelle 22 zeigen auch den Unterschied zwischen der Bestimmung, ob die Versicherten eines Managed Care Modells und diejenigen der übrigen Versicherten eine oder zwei Risikogemeinschaften bilden. Wird nur eine Risikogemeinschaft vorgesehen, stellt die Kostenbeteiligung mit 300 Franken Franchise sowie 10 % Selbstbehalt (maximal 600 Franken) die Basisvariante (relativer Reduktionsfaktor gleich Null) für das Managed Care Modell dar und die Kostenbeteiligung mit den doppelten Ansätzen wäre Basisvariante (ebenfalls relativer Reduktionsfaktor gleich Null) für die übrigen Versicherten. Die frei wählbaren Franchisen würden sich bezüglich relativen Reduktionsfaktoren an dieser Basis ausrichten, was zu kleineren Prämienreduktionen führt als bei der Variante der getrennten Risikobestände. Der Unterschied der beiden relativen Reduktionsfaktoren gibt damit auch eine Größenordnung für die Solidaritätsbeiträge an, welche die Versicherten ausserhalb eines Managed Care Modells zu bezahlen hätten. Dies allerdings unter der Annahme, dass sich die Guten und schlechten Risiken etwa gleich verteilen wie heute. Wenn aber mit den Managed Care Modellen die Kranken und Chroniker animiert werden sollen, einer Managed Care Organisation beizutreten, vergrössern sich diese Solidaritätsbeiträge.

Tabelle 23 Modellrechnungen Kinder für die Variante K I

Franchise	SB in %	SB max.	absolute Reduktionsfaktoren	relative Reduktionsfaktoren *)	
0	10%	300	8.5%	0.0%	0.0%
150	10%	300	23.8%	16.7%	16.7%
225	10%	300	30.0%	23.5%	23.5%
300	10%	300	35.4%	29.4%	29.4%
375	10%	300	40.2%	34.7%	34.7%
0	20%	600	17.0%	9.3%	0.0%
150	20%	600	30.7%	24.2%	13.6%
225	20%	600	36.3%	30.4%	20.6%
300	20%	600	41.1%	35.6%	26.6%
375	20%	600	45.4%	40.3%	31.9%

*) Spalte links: einheitliche Basis; Spalte rechts pro Selbstbehalt eine eigene Basis für die Berechnung der relativen Reduktionsfaktoren

Kommentar

Die heute geltende Kostenbeteiligung mit der Franchise von 230 Franken und dem Selbstbehalt von 10 %, maximal 600 Franken erfasst 12,4 % der Bruttokosten der Erwachsenen. Mit einer Erhöhung der Franchise auf 300 Franken finanziert die neue Basiskostenbeteiligung 14,0 % der Bruttokosten. Die Quoten der wählbaren höheren Franchisen gehen aus der Spalte «absoluter Reduktionsfaktor» hervor. Die Erhöhung der Franchise auf 1'500 Franken bei gleichem Selbstbehalt erfasst bereits 34,5 % der Bruttokosten. Gegenüber der Basiskostenbeteiligung sind dies 29,4 % (relativer Reduktionsfaktor) mehr, was zu einer entsprechenden theoretischen Prämienreduktion führen kann.

Mit einer Verdoppelung des Selbstbehaltes werden neu 19,8 % der Bruttokosten erfasst. Wird auch die Franchise verdoppelt, steigt diese Quote auf 25,5 %. Gegenüber der Basisvariante sind dies bereits 13,3 % mehr.

Mit anderen Worten: Wenn die beiden Risikogesamtheiten (Managed Care Modell, übrige OKP) dieselbe Prämie aufweisen sollen, muss das Vorsorgemodell mindestens 13,3 % Kosteneinsparung gegenüber der übrigen OKP aufweisen. Wenn aber angestrebt wird, dass die Versicherten mit hohen Kosten (z.B. Chroniker) für den Beitritt zu einem Vorsorgemodell animiert werden sollen, müssen im Vorsorgemodell gegenüber der übrigen OKP wesentlich mehr, d.h. 15-20 % der Bruttokosten eingespart werden.

Gilt für die Versicherten des Vorsorgemodells eine Franchise von 600 Franken und eine Selbstbeteiligung von 20 %, maximal 1'200 Franken, können für höhere Franchisen (900 – 1'800 Franken) Prämienrabatte gewährt werden, zwischen 6,6 % und 22,0 %.

Die entsprechenden Werte für die Kostenbeteiligungen für die Kinder gehen aus der Tabelle 23 hervor. Die Verdoppelung des Selbstbehaltes (20 %, maximal 300 Franken) erfasst gegenüber der Basiskostenbeteiligung (10 %, maximal 300 Franken) zusätzlich 9,3 % der Bruttokosten der Kinder.

Modellrechnungen für die Variante «Selbstbehalt» (K II)

Tabelle 24 Modellrechnungen für die Variante K II

Franchise	SB in %	SB max.	absolute Reduktionsfaktoren	relative Reduktionsfaktoren
Erwachsene				
300	10%	600	14.0%	0.0%
0	50%	1'000	18.5%	5.2%
Kinder				
0	10%	300	8.5%	0.0%
0	50%	200	18.3%	10.7%
0	50%	500	30.6%	24.1%

Ein Selbstbehalt von 50 %, maximal 1'000 Franken entspricht der heute geltenden Selbstbeteiligung (10 % maximal 600 Franken) mit einer Franchise von rund 500 Franken und erfasst rund 18,5 % der Bruttokosten der Männer. Gegenüber der unter dem Modell K I beantragten neuen Basiskostenbeteiligung mit einer Franchise von 300 Franken und einem Selbstbehalt von 10 %, maximal 600 Franken werden lediglich 4,5 % der Bruttokosten der Erwachsenen mehr erfasst.

Wie die Modellrechnungen zeigen, ist der für die Kinder beantragte Selbstbehalt von 10 %, maximal 500 Franken im Vergleich zu den Erwachsenen zu hoch. Dieser Selbstbehalt würde gegenüber dem heute geltenden Selbstbehalt 30,6 % der Bruttokosten (absoluter Reduktionsfaktor) oder 24,1 % mehr als bei der Basiskostenbeteiligung (relativer Reduktionsfaktor) erfassen. Mit einer Begrenzung des Selbstbehaltes auf 200 Franken wird in etwa derselbe Teil der Bruttokosten erfasst wie bei den Erwachsenen, doch bedeutet dies 10,7 % mehr als bei der Basiskostenbeteiligung. Nach Kenntnisaufnahme dieser Berechnungen hat santésuisse seinen Antrag auf 200 Franken für die Kinder abgeändert.

Modellrechnungen für die Variante « Reformpaket EDI 2004 » (K III)

Tabelle 25 Modellrechnungen für die Variante K III

Franchise	SB in %	SB max.	absolute Reduktionsfaktoren	relative Reduktionsfaktoren *)	
Kinder					
0	10%	300	8.5%	0.0%	-
0	10%	400	8.9%	0.4%	0.0%
150	10%	400	24.1%	17.1%	16.7%
300	10%	400	35.8%	29.8%	29.5%
375	10%	400	40.5%	35.0%	34.7%
Erwachsene					
230	10%	600	12.4%	0.0%	-
300	10%	800	14.7%	2.6%	0.0%
400	10%	800	16.9%	5.1%	2.6%
600	10%	800	20.9%	9.7%	7.3%
1'200	10%	800	30.9%	21.1%	19.0%
1'500	10%	800	35.0%	25.8%	23.9%

*) Spalte links: bisherige KOBE als Basis; Spalte rechts: neue KOBE ab 2004 als Basis

Die Erhöhung der Basis-Kostenbeteiligung bedeutet für die Erwachsenen eine zusätzliche Finanzierungs-komponente von 2,6 % (relativer Reduktionsfaktor) und bei den Kindern von 0,4 %. Die theoretischen Prämienrabatte für die Wahlfranchisen gehen aus der Spalte ganz rechts hervor. Dabei stellt sich die Frage, ob es noch sinnvoll ist, bei den Erwachsenen eine Wahlfranchise von 400 Franken vorzusehen. Die Differenz zur Basisfranchise ist sehr klein. Vielmehr wäre zu prüfen, ob nicht äquidistante Schritte von 300 Franken, mit Beginn bei 600 Franken, dem Bedürfnis der Versicherten besser entsprechen würden.

Zusammenfassung der Modellrechnungen

Die verschiedenen Modellrechnungen sind mit den Grafiken 8 bis 11 umfassend veranschaulicht. Der Änderungsbedarf für die Rabattsätze bei den wählbaren Franchisen nach geltender Ordnung ist in den Grafiken 16 und 17 dargestellt. Die kurzfristig veröffentlichten Änderungen per 1. Januar 2004 sind in den Grafiken, soweit nicht schon früher als Varianten vorgesehen, nicht berücksichtigt.

Grafik 16 Relative Reduktionsfaktoren Kinder; IST – SOLL

Grafik 16 zeigt für die Wahlfranchisen der Kinder den Änderungsbedarf. Die Schnittpunkte der gelben Linien mit der blauen Kurve bei den Wahlfranchisen 150, 300 und 375 Franken zeigen die heute theoretisch möglichen relativen Reduktionsfaktoren, d.h. die Prämienrabatte gemäss KVV Art. 95, Abs. 2. Die Schnittpunkte der roten horizontalen Linien mit der blauen Kurve zeigt die notwendige Franchise bei vorgegebenen Rabattsätzen von 15 %, 30 % und 40 %, wie sie heute für Kinder maximal gelten. Dabei stellen wir fest, dass für Kinder bei einer Franchise von 150 Franken die geltenden 15 % Prämienrabatt nach wie vor gerechtfertigt sind. Umgekehrt müsste für den Prämienrabatt von 40 % anstelle der geltenden Franchise von 375 Franken eine Franchise von etwas mehr als 450 Franken vorgesehen werden.

Grafik 17 Relative Reduktionsfaktoren Erwachsene; IST – SOLL

Grafik 17 zeigt den Änderungsbedarf der Rabattsätze und Wahlfranchisen der Erwachsenen. Die jeweiligen Schnittpunkte der vertikalen gelben Linien mit der schwarzen Kurve (19+, Erw.) zeigt die heute möglichen maximalen Rabattsätze (relative Reduktionsfaktoren), während die Schnittpunkte der horizontalen roten Linien mit der schwarzen Kurve die zu den geltenden Rabattsätzen notwendigen Franchisen angeben. Konkret erhalten wir beispielsweise bei einer Franchise von 1'200 Franken den Rabattsatz von 20 % bzw. bei einem Rabatt von heute 30 % die Franchise von rund 1'850 Franken.

Grafik 18 Vergleich der KOBE Modelle K I und K II; Kinder

Grafik 18 vergleicht die Kostenbeteiligungsmodelle K I und K II. Ausgehend von der Häufigkeitsverteilung der Kosten bis 2'000 Franken sind für die Kinder die heute geltende Kostenbeteiligung und die neuen Wahlfranchisen nach Modell K I. Wir sehen, welche Quote pro Kostenklasse durch die jeweilige Variante der Kostenbeteiligung erfasst wird. Zusätzlich sind auch die beiden Varianten nach dem Modell K II für Kinder aufgeführt. Aus dieser Grafik geht deutlich hervor, dass bei den Kindern eine, wenn auch bescheidene Franchise bereits eine grosse Wirkung zeigt, indem die sehr zahlreichen finanziellen Bagatellfälle – 50 % der erkrankten Kinder haben Bruttokosten von weniger als 350 Franken – mit einer bescheidenen Franchise bereits nachhaltig erfasst werden. Die beiden Varianten K II mit dem maximalen Selbstbehalt von 500 bzw. 200 Franken zeigen, dass der von santésuisse vorgeschlagene maximale Selbstbehalt von 500 Franken zu hoch ist. Mit einem Selbstbehalt von 50 %, maximal 200 Franken erhalten wie eine ähnliche Wirkung wie mit einer Franchise von 150 Franken und einem Selbstbehalt von 10 %, maximal 300 Franken. santésuisse hat diesem Umstand bereits Rechnung getragen und seinen Antrag auf 200 Franken für Kinder reduziert.

Grafik 19 Vergleich der KOBE Modelle K I und K II; Erwachsene

Grafik 19 zeigt sinngemäss für die Erwachsenen die von den verschiedenen Varianten für die Kostenbeteiligung erfassten Anteile der Gesamtkosten pro Kostenklasse von 50 Franken bis zu 10'000 Franken. Auch diese Darstellung zeigt, dass das Modell K II im Kostenbereich bis gegen 600 Franken (finanzielle Kleinfälle) den kleinsten Anteil aufweist, obschon gerade in diesem Kostenbereich das subjektive Risiko gross ist und der Versicherte oft frei entscheiden kann, ob er überhaupt medizinische Leistungen beanspruchen will oder nicht.

4.2 Analyse der Stärken und Schwächen der Modelle**4.2.1 Modell E I****Stärken**

- Die soziale Komponente und die Solidarität zwischen Arm und Reich können stärker ausgeprägt werden.
- Für die oberen Einkommensgruppen steigt die Anreizschwelle für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.

Schwächen

- Datenschutz; die Krankenkassen-Mitarbeiter müssen bei jedem Krankheitsfall auf die Steuerdaten zugreifen können.
- Die Krankenversicherer erhalten Einblick in die finanzielle Situation der Versicherten.
- Unklare Basis: Bundessteuer, kantonale Steuern; definitive und provisorische Veranlagung; Veranlagungseinsprachen; Einkommen und Vermögen ?
- Steuerzahlen sind in der Regel Familiendaten. Müsste nicht auch die Kostenbeteiligung pro Familie festgelegt werden ? Was geschieht, wenn nicht alle Familienmitglieder beim gleichen Versicherer gemeldet sind ?
- Grosser Verwaltungsapparat notwendig.
- Verschärfung der Risikoselektionsproblematik; Reichtum wird zu einem weiteren Selektionskriterium. Wenn die wirtschaftlich Schwachen weniger Kostenbeteiligung bezahlen, müssen Kassen mit einem hohen Anteil an armen Versicherten die Mindereinnahmen aus der Kostenbeteiligung durch höhere Prämien oder einen neugestalteten Risikoausgleich wieder kompensieren.

- Der Sparanreiz bei Versicherten mit tiefem Einkommen würde (je nach Ausgestaltung) verloren gehen.
- Das System würde für den Versicherten noch unübersichtlicher.
- Starke Benachteiligung der Chronischkranken und anderen Kranken mit hohen Behandlungskosten, die über ein grösseres Einkommen verfügen.
- Benachteiligung der Nichterwerbstätigen (z.B. Rentner), die über ein hohes Einkommen oder Vermögen verfügen, weil sie keiner obligatorischen Unfallversicherung unterstellt sind und deshalb bei Unfällen gegenüber den Berufstätigen ein enormes Kostenrisiko tragen müssten.
- Der Sozialausgleich erfolgt über die Kassen und nicht wie bisher über die Kantone.
- 26 Systeme zur Prämienverbilligung müssen aufeinander abgestimmt werden.
- Berechnungen über die finanziellen Auswirkungen sind wegen fehlender Steuerdaten in Abhängigkeit des Alters problematisch.
- Das System der wählbaren Franchisen ist nicht mehr möglich.

Realisierbarkeit

- Grosser Zeitbedarf.
- Schwierig; verschiedene Gesetzesänderungen auf Stufe Bund und Kantone.
- Problematisch wegen unterschiedlicher Bezugsgrössen: Bei den Steuern und beim Einkommen bildet der Haushalt bzw. Familie die Basis; bei der Krankenversicherung die Einzelperson.

4.2.2 Modell E II

Stärken

- Die Datenschutzproblematik fällt weg, weil die Krankenversicherer die Einkommensverhältnisse nicht klären müssen.
- Je nach Staffelung der Einkommenslimiten und Höhe der Franchise können auch Versicherte des Mittelstandes Beiträge geltend machen.
- Die hohe Kostenbeteiligung wirkt kostendämpfend.
- Der Sozialausgleich erfolgt über den Kanton und nicht über die Kassen wie beim Modell E I.

Schwächen

- Zweistufiges Verfahren, indem zuerst eine Abrechnung durch die Krankenkasse im Sinne eines Treuhänders erfolgt und anschliessend die Kostenbeteiligung ganz oder teilweise bei einer kantonalen Instanz geltend gemacht werden muss; grösserer Zeitbedarf.
- Hoher Selbstbehalt wirkt schockierend und kann rechtzeitige Arztbesuche gefährden.
- Im tiers payant möglicherweise Inkassoprobleme bei den Krankenkassen für die hohe Kostenbeteiligung, weil der Versicherte in der Regel die (Teil-) Rückerstattung durch den Kanton abwarten wird.
- Im tiers garant verlagern sich die Inkassoprobleme zu den Leistungserbringern.
- Starke Benachteiligung der Chronischkranken und anderen Kranken mit hohen Behandlungskosten, die über ein grösseres Einkommen verfügen.

- Benachteiligung der Nichterwerbstätigen (z.B. Rentner), die über ein hohes Einkommen oder Vermögen verfügen, weil sie keiner obligatorischen Unfallversicherung unterstellt sind und deshalb bei Unfällen gegenüber den Berufstätigen ein enormes Kostenrisiko tragen müssten.
- Berechnungen über die finanziellen Auswirkungen sind wegen fehlender Steuerdaten in Abhängigkeit des Alters problematisch.
- Das System der wählbaren Franchisen macht keinen Sinn mehr.

Realisierbarkeit

- Grosser Zeitbedarf.
- Schwierig; verschiedene Gesetzesänderungen auf Stufe Bund und Kantone.
- Problematisch wegen unterschiedlicher Bezugsgrössen: Bei den Steuern und beim Einkommen bildet der Haushalt bzw. Familie die Basis; bei der Krankenversicherung die Einzelperson.

4.2.3 Modell L I

Stärken

- Förderung der Managed Care Modelle (Teilprojekt Managed Care) und der Hausarztmodelle, die künftig aber ev. nicht von allen Krankenversicherern angeboten werden müssten⁵⁷.
- Eine allgemeine Erhöhung der Kostenbeteiligung hat eine kostendämpfende Wirkung.
- Unkoordinierte Parallelbehandlungen» können vermindert werden und/oder ein Teil der dadurch verursachten Kosten müssen vom Verursacher (Patient) selbst getragen werden.
- Die Ärztin muss nicht mehr so stark fürchten Patienten zu verlieren, wenn er nicht auf jeden (unangemessenen) Wunsch des Patienten eintritt.
- Kosten und somit die Prämien sinken, ohne dass diejenigen Patienten, die sich korrekt verhalten, benachteiligt werden.
- Der Patient hat auf Jahresende die Möglichkeit ohne zusätzliche Kostenfolgen seine «Hausärztin» zu wechseln.

Schwächen

- Datenschutz; Krankenkassen-Mitarbeiter muss bei jedem Krankheitsfall auf die kantonalen Steuerdaten für die Bestimmung der oberen Einkommensgrenze zugreifen können.
- Die Krankenversicherer erhalten Einblick in die finanzielle Situation der Versicherten.
- Es müssen noch Lösungen gefunden werden, wie die «second opinion» Untersuchungen durch eine neutrale Zweitärztin, insbesondere vor Operationen, nicht zusätzlich belastet werden.
- Definition Hausärztin ist noch nicht klar. Ev. muss pro Kanton ein namentliches Verzeichnis der Leistungserbringer, die als Grundversorger gelten, erstellt werden.
- Die Mindestanforderungen an die Managed Care Modelle müssen noch festgelegt werden.

57 Im Teilprojekt «Managed Care» werden die Versicherer nicht verpflichtet ein Managed Care Modell anzubieten, während diese Auflage im Rahmen der 2. KVG Revision mindestens im Ständerat gefordert worden ist.

- Die Stellung der Spitalambulatorien gegenüber den Hausärzten ist noch zu definieren, ebenso die Franchise bei Spitalbehandlungen (ambulant und stationär).
- Die höhere Franchise muss auch dann bezahlt werden, wenn als zweite Ärztin eine weitere «Hausärztin» oder ein Spitalambulatorium gewählt wird.
- Unter welche Franchise fallen die veranlassten Kosten⁵⁸ der Hausärzte und der übrigen Leistungserbringer? Müssen die Kassen pro Ärztin und Patient ein separates Kostenbeteiligungskonto führen?
- Verschärfung der Risikoselektionsproblematik; Reichtum wird zu einem weiteren Selektionskriterium. Wenn die wirtschaftlich Schwachen weniger Kostenbeteiligung bezahlen, müssen Kassen mit einem hohen Anteil an armen Versicherten die Mindereinnahmen aus der Kostenbeteiligung durch höhere Prämien oder einen neugestalteten Risikoausgleich wieder kompensieren.
- Der Sparanreiz bei Versicherten mit tiefem Einkommen würde (je nach Ausgestaltung) verloren gehen.
- Das System würde für den Versicherten noch unübersichtlicher, indem er bei einer Erkrankung zuerst abklären muss, bei welchen Leistungserbringern er welche Kostenbeteiligung zu bezahlen hat.
- Starke Benachteiligung der Chronischkranken und anderen Kranken mit hohen Behandlungskosten, die über ein grösseres Einkommen verfügen.
- Benachteiligung der Nichterwerbstätigen (z.B. Rentner), die über ein hohes Einkommen oder Vermögen verfügen, weil sie keiner obligatorischen Unfallversicherung unterstellt sind und deshalb bei Unfällen gegenüber den Berufstätigen ein enormes Kostenrisiko tragen müssten.
- Der Sozialausgleich erfolgt über die Kassen und nicht wie bisher über die Kantone.
- Berechnungen über die finanziellen Auswirkungen sind wegen fehlender Steuerdaten in Abhängigkeit des Alters sowie Daten bezüglich Anzahl und Kategorie der Leistungserbringer pro Erkrankten problematisch.

Realisierbarkeit

- Mittel- bis langfristig möglich.
- Verschiedene Gesetzes- und Verordnungsanpassungen auf Stufe Bund und Kantone sind notwendig.
- Verschiedene Definitionen und Präzisierungen müssen noch erarbeitet werden.

4.2.4 Modell L II

Stärken

- Der Patient erhält über die Kostenbeteiligung einen finanziellen Anreiz, einem alternativen Modell beizutreten.
- Förderung der Managed Care Modelle.
- Unkoordinierte Parallelbehandlungen werden durch die Wechselfranchise stark eingeschränkt.

⁵⁸ Physiotherapie, bildgebende Verfahren, Laboranalysen, verordnete Medikamente etc.

- Verstärkung der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken durch Abschaffung der Wahlfranchisen.
- Der Versicherte geht ev. früher zur Ärztin, wenn die Versicherungsleistung früher einsetzt.
- Die Ärztin muss nicht mehr so stark fürchten Patienten zu verlieren, wenn sie nicht auf jeden (unangemessenen) Wunsch des Patienten eintritt.
- Kosten und somit die Prämien sinken (Moral Hazard Effekt), ohne dass diejenigen Patienten, die sich korrekt verhalten (d.h. auch chronisch Kranke), benachteiligt werden. Die maximale Kostenbeteiligung bleibt im Managed Care Modell mit CHF 830.- gleich wie die maximale Kostenbeteiligung⁵⁹ im heutigen System bei ordentlicher Franchise.

Schwächen

- Die Definition «Konsultation» ist noch offen, bzw. ist noch zu präzisieren: z.B. Physiotherapie: Wenn die Physiotherapie in der Praxis der Ärztin durchgeführt wird, ist es eine Konsultation. Wird die Physiotherapie durch einen selbständigen Physiotherapeuten auf Zuweisung hin durchgeführt, ist es ev. keine Konsultation. Wie zählt die ambulante Behandlung im Spital (z.B. Physiotherapie, Labor inkl. Blutentnahme, bildgebende Verfahren) ?
- Wechsel des Leistungserbringers mit der Begründung «second opinion» sind von den freiwilligen Wechseln ev. schwierig zu unterscheiden. Gesuch an den vertrauensärztlichen Dienst ist notwendig.
- Die Definition «Spitaltag» ist ebenfalls noch offen. Eine Abgrenzung der Pflegeheime, psychiatrischen Kliniken etc. ist bezüglich angestrebter «Entlastung» der chronisch Kranken notwendig.
- Ob die Kassen wirklich ein Interesse zeigen, alternative Modelle günstiger anzubieten als die traditionelle Versicherung ist fraglich. Wenn die Kranken vermehrt animiert werden sollen, in die alternativen Modelle einzutreten, steigen dafür die Kosten gegenüber der traditionellen Versicherung. Die deutlich erhöhte Kostenbeteiligung und die tieferen Kosten führen zu deutlich tieferen Prämien in der traditionellen Versicherung. Ein Ausgleich zwischen den beiden Risikobeständen in einer Kasse kann nur durch einen modifizierten Risikoausgleich erfolgen, zumal die Versicherten nicht verpflichtet werden, ein alternatives Modell anzubieten. Zudem gilt ja in Regionen ohne alternatives Versicherungsmodell ev. ohnehin die kleine Kostenbeteiligung ohne Einschränkung bei der Wahl der Leistungserbringer. Fazit: Je nach Ausgestaltung des Risikoausgleichs wird es für die Versicherten und die gesunden Versicherten vorteilhafter sein, kein Managed Care Modell anzubieten bzw. keinem Modell beizutreten, weil die Risikoprämien bei hohem Selbstbehalt und trotz freier Wahl des Leistungserbringers günstiger ausfallen können als im Managed Care Modell.
- Unklar ist, wann die Versicherten in einer Region ohne alternative Modelle und kleiner Kostenbeteiligung zur höheren Kostenbeteiligung wechseln müssen, wenn ein alternatives Angebot auf den Markt kommt. Genügt das Angebot einer kleinen lokalen Krankenkasse ? Die übrigen Versicherten können zudem die Prämien für diese Region deutlich senken, weil ja nun eine spürbar höhere Kostenbeteiligung gilt.
- Mindestanforderungen an alternative Modelle sind notwendig, ebenso die Regelung der Wechsel der Leistungserbringer bei Notfällen, Auslandbehandlung und direkte Kontakte zu Spezialisten (Gynäkologie, Pädiatrie, Ophthalmologie etc.).
- Die Transparenz beim Versicherten über die Höhe der restlichen Kostenbeteiligung wird erschwert. Er kennt wohl die Belastung pro Konsultation und Spitaltag (verständliche Definition dafür ist Voraussetzung), nicht aber die Belastung des Selbstbehaltes, weil er die Rechnung dafür unter Umständen viel später erhält. Diese Schwäche kann sich auch als Stärke entpuppen: Wenn der Patient

⁵⁹ Franchise von 230 Franken plus max. Selbstbehalt von 600 Franken.

nicht genau weiss, wann die maximale Kostenbeteiligung erschöpft ist, verhält er sich auch darüber hinaus kostenbewusst. Hingegen ist ihm klar, wie viel er pro Konsultation mindestens zu bezahlen hat (CHF 60.-).

- Administrativer Mehraufwand bei den Versicherern und hier insbesondere bei der Vertrauensärztin durch die Abklärung der zutreffenden Kostenbeteiligung (Wechselfranchise ja/nein, second opinion, Definition von Konsultation und Spital inkl. verschiedene Ausnahmen).

Realisierbarkeit

- mittelfristig
- KVG Revision erforderlich.
- Verschiedene Definitionen und Präzisierungen müssen noch erarbeitet werden.
- Theoretisch muss jeder Leistungserbringer mit jedem Versicherer betreffend Managed Care Modell verhandeln. Gegenüber heute wird die Zahl der Managed Care Modelle deutlich zunehmen, was entsprechend mehr Vertragsverhandlungen zwischen den Partnern im Gesundheitswesen bedingt.

4.2.5 Modell L III

Stärken

- Förderung der Managed Care Modelle.
- Anreize primär die kostengünstigen Leistungen im Managed Care Modell nachzufragen.

Schwächen

- Schwieriges Aushandeln, welche Leistungserbringer in welchem Managed Care Modell vertreten sind
- Administration der Versicherer wird komplizierter, die «Buchhaltung» über die beiden Kostenbeteiligungsvarianten wird aufwändig.
- Für den Versicherten wird es schwierig, den Überblick über die verschiedenen Managed Care Modelle zu erhalten.
- Je nach Ausgestaltung des Risikoausgleichs wird es für die Versicherer und die gesunden Versicherten vorteilhafter sein, kein Managed Care Modell anzubieten bzw. keinem Modell beizutreten, weil die Prämien bei hohem Selbstbehalt und freier Wahl des Leistungserbringers eventuell günstiger werden als im Managed Care Modell.
- Ob die Kassen wirklich ein Interesse zeigen, alternative Modelle günstiger anzubieten als die traditionelle Versicherung ist fraglich. Wenn die Kranken vermehrt animiert werden sollen, in die alternativen Modelle einzutreten, steigen dafür die Kosten gegenüber der traditionellen Versicherung. Die deutlich erhöhte Kostenbeteiligung und die tieferen Kosten führen zu deutlich tieferen Prämien in der traditionellen Versicherung. Ein Ausgleich zwischen den beiden Risikobeständen in einer Kasse kann nur durch einen modifizierten Risikoausgleich erfolgen, zumal die Versicherer nicht verpflichtet werden, ein alternatives Modell anzubieten. Zudem gilt ja in Regionen ohne alternatives Versicherungsmodell auch die kleine Kostenbeteiligung ohne Einschränkung bei der Wahl der Leistungserbringer.
- Mindestanforderungen an alternative Modelle sind notwendig, ebenso die Regelung der Wechsel der Leistungserbringer bei Notfällen, Auslandbehandlung und direkte Kontakte zu Spezialisten (Gynäkologie, Pädiatrie, Ophtalmologie etc.).

Realisierbarkeit

- Mittelfristig möglich
- Die verschiedenen Managed Care Modelle der Versicherer sind mit den Leistungserbringern auszuhandeln, sobald die Mindestanforderungen gesetzlich festgelegt sind.
- Theoretisch muss jeder Leistungserbringer mit jedem Versicherer betreffend Managed Care Modell verhandeln.

4.2.6 Modell K I**Stärken**

- Kein grundlegender Systemwechsel.
- Anpassungen können weitgehend auf Verordnungsstufe vorgenommen werden
- Die frei wählbaren Franchisen werden den veränderten Kostenstrukturen angepasst.
- Eine (freiwillige) Erhöhung der Kostenbeteiligung (Selbstbehalt und/oder Franchise) führt tendenziell zu einem kostenbewussteren Verhalten der Versicherten.
- Eine frei wählbare Franchise kann als Alternative zu den regelmässig steigenden Prämien, die aus der Sicht des Versicherten als a fonds perdu zu betrachten sind, kommuniziert werden.
- Die Abhängigkeit der Kostenbeteiligungen von den Kostensteigerungen im Gesundheitswesen kann mit umfassenden und repräsentativen Statistiken besser beurteilt werden.
- Eine Erhöhung der Parameter (Franken Beträge und Prozentsatz) verstärken grundsätzlich die Anreize für ein kostenbewussteres Verhalten der Versicherten und der Leistungserbringer.

Schwächen

- Keine entscheidend neuen Lösungen, eher kostenbedingte Anpassungen der Kostenbeteiligung.
- Familien werden stärker belastet.
- Wählbare Franchisen fördern die Tendenz zur Entsolidarisierung, weil vorwiegend die gesunden Versicherten eine höhere Franchise wählen.
- Es können Folgekosten entstehen, wenn die Ärztin zu spät aufgesucht wird.

Realisierbarkeit

- Kurzfristig möglich, wobei natürlich jede Erhöhung der Basis-Kostenbeteiligung bei einem Teil der Versicherten auf Ablehnung stossen wird.
- Die Beträge für die Basisfranchise, die freiwählbaren Franchisen und der Maximale Selbstbehalt sowie die Rabattsätze für die wählbaren Franchisen sind in der KVV enthalten und können durch Beschluss des Bundesrates kurzfristig angepasst werden.
- Im KVG (Art. 64) ist lediglich festgehalten, dass der Selbstbehalt 10 % beträgt. Eine Änderung dieses Ansatzes würde eine Gesetzesänderung notwendig machen, sofern nicht die Kompetenz des Bundesrates gemäss Art. 64, Abs. 6 beansprucht werden kann.

4.2.7 Modell K II

Stärken

- Durch den Wegfall der Franchise werden sämtliche Rechnungen dem Krankenversicherer zu Erfassung zugestellt. Dadurch kann die Statistik und demzufolge die Grundlage für eine effiziente Wirtschaftlichkeitskontrolle verbessert werden.
- Die Mitverantwortung des Versicherten wird hinsichtlich der Leistungskosten gestärkt.
- Der finanzielle Anreiz zur Mässigung der Inanspruchnahme von Leistungen ist bis zum Erreichen des Maximalbetrages für die Versicherten gegeben.
- Leicht kommunizierbar und leicht verständlich für die Versicherten.
- Sehr einfache Umsetzung bei den Versicherern.
- Mehr Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, da alle Versicherten die selbe Prämie bezahlen (Aufhebung der Franchise bzw. wählbaren Franchisen).
- Die Chronischkranken werden nur geringfügig mehr belastet.
- Der Versicherte profitiert direkt von den Einsparungen bei der Generikasubstitution.
- Heutiger sozialer Ausgleich über die Prämienverbilligung wird noch verstärkt.
- Finanziell Schwache werden über die Integration des Selbstbehaltes bei der Prämienverbilligung entlastet.

Schwächen

- Falls Versicherte in wirtschaftlich schwachen Verhältnissen den Maximalbetrag von Fr. 1'000.- pro Kalenderjahr erreichen, wird die indirekte Rückvergütung mittels Prämienverbilligung zeitlich verzögert erst im darauf folgenden Jahr erfolgen.
- Durch den Wegfall der Franchise fallen bei den Kassen mehr finanzielle Bagatellfälle an.
- Bei Behandlungskosten über 2'000 Franken wird der Versicherte nicht mehr zusätzlich beteiligt. Heute ist dies ab der Franchise von 230 Franken mit 10 % bis mindestens zu Behandlungskosten von 6'230 Franken der Fall.
- Alle Versicherungen mit wählbarer Franchise müssen umgestellt werden und bedeuten für den Versicherten in den meisten Fällen eine zusätzliche Prämienhöhung.

Realisierbarkeit

- Mittelfristig möglich im Rahmen einer KVG Revision; der Selbstbehalt in Prozent ist in Art. 64 festgehalten.
- Auch dieses Modell wäre mit Managed Care kombinierbar.

4.2.8 Die allgemeine Problematik einer differenzierten Kostenbeteiligung

Problemstellung

Verschiedene vorstehend besprochene Modelle (L I, L II und L III), aber auch die 2. KVG Revision in der Fassung des Ständerates sehen eine abgestufte oder zweiteilige Kostenbeteiligung vor, indem zwecks Förderung der Managed Care Modelle die Kostenbeteiligung tief gehalten werden soll, während sie für

die traditionelle Versicherung ausserhalb einer Managed Care Lösung stark zu erhöhen ist. Die Analyse aus der Sicht der Arbeitsgruppe Kostenbeteiligung zeigt nun, dass einige grundsätzliche Probleme auftreten, die in diesem Abschnitt zusammenfassend zur Diskussion gestellt werden sollen. Diese Überlegungen sind nicht nur für die 3. KVG Revision von Bedeutung. Sie könnten vielmehr bereits die 2. KVG Revision (mindestens nach dem Stand der Beratungen im Ständerat) beeinflussen.

Es betrifft dies die folgenden Fragen:

- Sollen die Versicherer durch Gesetz gezwungen werden entsprechende Managed Care Lösungen anzubieten ?
- Welche Kostenbeteiligung gilt in einer vorerst «Managed Care» freien Region und wie ist das Vorgehen, falls eine Kasse in dieser Region ein Managed Care Modell einführt ?
- Sollen Quersubventionen innerhalb eines Versicherers, d.h. zwischen der Risikogemeinschaft der Managed Care und den übrigen Versicherten erfolgen und wenn ja in welchem Ausmass ?
- Soll der Risikoausgleich zwischen den Risikogemeinschaften der Managed Care Modelle zwischen den Kassen durch einen entsprechend revidierten, d.h. ausgebauten Risikoausgleich erfolgen ?

Allgemeine Überlegungen

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass eine hohe Kostenbeteiligung zu tieferen Nettokosten für den Versicherer und damit zu tieferen Risikoprämien führt. Hohe Kostenbeteiligungen führen tendenziell dazu, dass eher gesunde Versicherte aus guten wirtschaftlichen Verhältnissen diese Variante wählen, was bezüglich Nettokosten zu einer weiteren Entlastung führt. Das RAND Health Insurance Experiment hat aber auch gezeigt, dass bei zufälliger Zuordnung in eine höhere Stufe der Kostenbeteiligung die Beanspruchung medizinischer Leistungen deutlich zurückgeht.

Mit Managed Care Modellen sollen zudem auch vermehrt Kranke und gar chronisch Kranke für den Beitritt animiert werden. Dies führt wiederum zu tieferen Nettokosten in der Risikogemeinschaft der Versicherten ausserhalb des Managed Care Modells. Zusammenfassend resultiert eine gegenüber dem Managed Care Modell deutlich tiefere Risikoprämie für die Finanzierung der tieferen Nettokosten. Nach den bisherigen Erfahrungen muss nun stark bezweifelt werden, dass allein die kostenbremsenden Massnahmen im Rahmen der Managed Care Modelle ausreichen, um diese Differenz der Nettokosten auszugleichen und vergleichbare Prämien in beiden Systemen zu erhalten. Einsparungen von 20 % der Behandlungskosten durch das Managed Care Modell sind sehr anspruchsvoll und kaum zu erreichen.

Sollen die Managed Care Modelle trotzdem für das Gros der Versicherten attraktiv ausfallen, d.h. auch eine günstige Prämie aufweisen, müssen wohl zusätzliche Mittel durch eine Quersubvention erzwungen werden. Die ist aller Wahrscheinlichkeit nach nur mit einem auf diese Problematik abgestimmten und gegenüber heute ausgebauten Risikoausgleich möglich. Dies wiederum kann zur Folge haben, dass die Prämien für die nicht dem Managed Care Modell angeschlossenen Versicherten kaum tiefer sind als im Managed Care Modell selbst, obschon diese Versicherten eine grössere Kostenbeteiligung bezahlen. Damit stellt sich die Frage, welchen Sinn es noch macht, eine deutlich abgestufte Kostenbeteiligung zu bezahlen ohne entsprechende Prämienreduktion. Logische Folge: Alle schliessen sich unter dem Druck hoher Solidaritätsbeiträge wohl oder übel einem Managed Care Modell an, d.h. die Zerteilung der Kostenbeteiligung wird überflüssig. Die Befürworter dieser Lösung sind der Ansicht, dass die Wahlfreiheit nicht eingeschränkt werden soll, d.h. jeder Versicherte soll im Bewusstsein der unterschiedlichen Kostenbeteiligung und Prämien selbst entscheiden, ob er einem Managed Care Modell beitreten will oder nicht. Sicherlich wird es Versicherte geben, welche unter Inkaufnahme einer höheren Kostenbeteiligung keinem Managed Care Modell beitreten werden.

Situation in der Managed Care freien Region

Unter diesem Aspekt gilt es zwei Fälle zu unterscheiden:

- a) In der Region ohne Managed Care Angebot gilt für alle die kleinere Kostenbeteiligung wie für die Versicherten in einem Managed Care Modell.
- b) In der Region ohne Managed Care Angebot gilt für alle die höhere Kostenbeteiligung wie für die Versicherten ausserhalb eines Managed Care Modells.

Betrachten wir zuerst den Fall a): Diese Annahme entspricht dem Antrag der SGK Ständerat im Rahmen der 2. KVG Revision bzw. dem Beschluss des Ständerates vom 20. März 2003.

Managed Care freie Regionen werden vor allem dort entstehen, wo ein gutes Netz an Grundversorgung gewährleistet ist, aber kaum spezielle medizinische Leistungen angeboten werden. Dies trifft sicher auf grössere ländliche Regionen wie etwa das Unterengadin, die Innerschweiz oder das Oberwallis bzw. Goms zu. Mit anderen Worten, bei einem Managed Care Modell wären vermutlich praktisch alle Leistungsanbieter dieser Region zu berücksichtigen. Die Region entspricht damit de facto einem regionalen Managed Care Modell. Damit liegen die durchschnittlichen Behandlungskosten eher tief was sich auch in tiefen Prämien niederschlagen wird, obschon die Kostenbeteiligung nicht erhöht wird.

Wenn im Laufe der Zeit der eine oder andere neue Leistungserbringer seine Tätigkeit aufnimmt und zusätzlich auch medizinische Spezialitäten in dieser Region angeboten werden, kann es sein, dass sich ein Versicherer entschliesst, ein besonderes Managed Care Modell anzubieten. Damit entsteht eine neue Situation, indem sich die übrigen Versicherer zwischen zwei Varianten zu entscheiden haben. Sie können dem «Erstanbieter» eines Managed Care Modells folgen und ein analoges Modell anbieten. Prämienmässig wird sich für die Versicherten dieser Versicherer kaum etwas ändern, weil praktisch dieselben Leistungserbringer auch im Managed Care Modell tätig sein werden. Die durch das Modell allenfalls angestrebten und auch realisierten Kostenreduktionen werden aber vermutlich durch den Neubeitritt der eher kränkeren Versicherten und Chroniker, die ja für den Beitritt besonders animiert werden sollen, rasch wieder kompensiert.

Bei den Mitgliedern der übrigen Versicherern sieht die Situation anders aus. Für sie wird ab einem bestimmten Zeitpunkt eine deutlich erhöhte Kostenbeteiligung⁶⁰ gelten. Wenn nun aber auf den bisher eher bescheidenen Behandlungskosten eine deutlich höhere Kostenbeteiligung erhoben wird, hat dies zur Folge, dass die Versicherer ihren Mitgliedern die bisherige Versicherung zu deutlich tieferen Prämien und zudem bei freier Wahl des Leistungserbringers anbieten können. Damit richten sie sich in erster Linie an die Gesunden in guten wirtschaftlichen Verhältnissen, die es sich leisten können bei Eintritt eines eher unwahrscheinlichen Krankheitsfalles, eine grosse Kostenbeteiligung zu bezahlen. Sollten die Managed Care Modelle in dieser Region später doch erfolgreich sein, können die restlichen Versicherer ebenfalls ein Modell anbieten mit dem Vorteil, dass die «schlechten Risiken» in der Zwischenzeit bereits zur Konkurrenz gewechselt haben. Schlussfolgerung: Die Motivation für die Einführung eines Managed Care Modells wird bei den Versicherern nicht gross sein.

Beim Fall b), welcher dem Antrag der Arbeitsgruppe «Managed Care» entspricht, sind die Prämien in dieser Region vermutlich sehr tief, weil die Behandlungskosten ohnehin eher unterdurchschnittlich sein werden, wie wir soeben festgestellt haben. Wenn die Versicherten zudem noch eine hohe Kostenbeteiligung zu bezahlen haben, wird sich dies in Form einer zusätzlichen deutlichen Prämienreduktion äussern. Wenn nun ein Versicherer ein Managed Care Modell anbieten will, muss er wegen der kleineren Kostenbeteiligung eine deutlich höhere Prämie verlangen, wenn es ihm nicht gelingt, die Mindereinnahmen aus der Kostenbeteiligung durch Kosteneinsparungen bei den Behandlungen im Rahmen des Managed Care Modells wettzumachen. Weil aber in dieser Region die Behandlungskosten schon relativ tief sind, wird ihm dies nur schwerlich gelingen. Daraus folgt, dass es schwierig sein wird, in dieser

60 Der Ständerat sieht vor, alle drei Parameter (Franchise, Selbstbehalt in % und maximaler Selbstbehalt in Fr.) zu verdoppeln gegenüber der Kostenbeteiligung für Versicherte des Managed Care Modells.

Region ein Managed Care Modell neu einzuführen, weil sich die Versicherten an die tiefen Prämien bei hoher Kostenbeteiligung gewöhnt haben und ein neues Modell kaum Vorteile bringen wird. Schlussfolgerung: Die Motivation für die Einführung eines Managed Care Modells wird bei den Versicherern nicht gross sein.

Zusammenfassung

Die Zweiteilung der Kostenbeteiligung wird sich auf Dauer kaum bewähren. Entweder wird durch den geänderten Risikoausgleich die Situation der Managed Care Modelle derart verbessert, dass kaum einzusehen ist, wer dann noch eine Versicherung ausserhalb eines Managed Care Modells als sinnvoll ansieht. Ist dies nicht der Fall, werden die Versicherungsangebote ohne Managed Care Modelle wegen der hohen Kostenbeteiligung, wegen den tieferen Bruttokosten dank Risikoselektion⁶¹ und wegen der freien Wahl der Leistungserbringer für die Gesunden in wirtschaftlich guten Verhältnissen besonders attraktiv. Durch die Freiwilligkeit für die Versicherten, Managed Care Modelle anzubieten oder nicht, wird der Sozialausgleich innerhalb des Versicherers zusätzlich erschwert. Nach einer gewissen Übergangszeit der Euphorie werden entweder alle in einem Managed Care Modell versichert sein, weil sie andernfalls durch den Risikoausgleich zu hohen Solidaritätsbeiträgen gezwungen werden oder die Angebote werden wieder verschwinden, wie dies im letzten Jahrzehnt in der Schweiz weitgehend bereits der Fall war.

Die heute geltenden Wahlfranchisen sind in einem gewissen Sinne ehrlicher. Wer bereit ist, mit einer hohen Franchise mehr Risiko zu tragen wird mit einem Prämienrabatt belohnt. Dieser Rabatt schmälert sicher die Einnahmen und muss durch eine entsprechende allgemeine Prämienhöhung wieder aufgefangen werden. Weil diese eher gesunden Versicherten die Krankenversicherung aber unterdurchschnittlich belasten, leisten sie immer noch einen deutlichen Solidaritätsbeitrag zu Gunsten der Kranken. Die Wahlfranchise wirkt wie die Grundfranchise auf dieselbe Kostenstruktur, während im System mit und ohne Managed Care Modellen die hohe Kostenbeteiligung nicht unbedingt auf höhere Bruttokosten angewandt wird, weil eine Antiselektion zu Lasten Managed Care Modelle stattfinden wird. Die Wirkung der höheren Kostenbeteiligung wird deshalb vermutlich grösser sein als die Einsparungen im Managed Care Modell, welches wegen der grösseren Zahl von Versicherten mit hoher Erkrankungshäufigkeit grössere Bruttokosten decken muss.

Werden die Differenzen, welche durch die mögliche Entsolidarisierung entstehen können durch einen angepassten Risikoausgleich kompensiert, bestehen zwischen den beiden Gruppen kaum noch Unterschiede, d.h. auf eine Zweiteilung kann ganz verzichtet werden.

4.3 Analyse der Auswirkungen der Varianten

4.3.1 Modell E I

Auswirkungen für Leistungserbringer

- Gefahr, dass die Patienten in den unteren Einkommenskategorien unökonomisch behandelt werden, weil sich diese kaum noch an den Kosten beteiligen müssen (Servicementalität).

Auswirkungen für Versicherer

- Grosser administrativer Aufwand wegen Abklärungen der wirtschaftlichen Verhältnisse bei jedem Krankheitsfall.
- Verschärfung der Risikoselektion («Jagd» auf reiche Versicherte).

Auswirkungen für Versicherte

- Entlastung der unteren Einkommensgruppen z. L. der oberen Einkommen.
- Begehrlichkeit der Patienten in den unteren Einkommenskategorien steigt.

⁶¹ Kranke und Chroniker werden animiert dem Managed Care Modell beizutreten

- Datenschutzproblematik: Die finanzielle Situation der Versicherten ist dem Versicherer im Krankheitsfall bekannt.

Auswirkungen für Kantone

- Grosser administrativer Aufwand wegen Einkommensdeklarationen und Überwachung der Datenschutzbestimmungen.
- 26 Systeme der Prämienverbilligung müssten aufeinander abgestimmt werden.

4.3.2 Modell E II

Auswirkungen für Leistungserbringer

- Tiers payant: Kritischere Patienten, wegen grösserem Eigenbehalt.
- Tiers garant: Grössere Ausstände, weil die Versicherten die Rechnungen nicht bezahlen.

Auswirkungen für Versicherer

- Tiers garant: Mehr Erklärungsbedarf, weil wegen der hohen Franchise die Versicherungsleistungen z. T. massiv kleiner werden.
- Tiers payant: Grössere Inkassoprobleme, weil die Versicherten z. T. die vom Kanton erhaltenen Kostenbeteiligungsbeiträge nicht oder verspätet einbezahlen.

Auswirkungen für Versicherte

- Grösstenteils Wegfall der heutigen Prämienverbilligungen.
- Muss Gesuch an Kanton stellen für die Rückerstattung eines Teils der Kostenbeteiligung.
- Tiers garant: Erhält kleinere Versicherungsleistungen und muss den Leistungserbringer selber bezahlen.
- Tiers payant: Muss dem Versicherer die hohe Kostenbeteiligung bezahlen.

Auswirkungen für Kantone

- Grosser administrativer Aufwand wegen Einkommensdeklarationen und Abrechnung/Rückerstattung der Kostenbeteiligungen.
- Grösstenteils Wegfall der heutigen Prämienverbilligungen, dafür wesentlich mehr Versicherte, die einen Anteil der Kostenbeteiligung zurückfordern können.

4.3.3 Modell L I

Auswirkungen für Leistungserbringer

- Stärkung der Hausärzte (Grundversorger); Umsatzreduktion bei den Spezialärzten.

Auswirkungen für Versicherer

- Komplexere Schadenbearbeitung, weil sowohl die Einkommensgruppe als auch die Frage nach der Arztwahl (freiwillig oder zugewiesen) geklärt werden müssen
- Pro Ärztin und Patient muss ev. ein separates Kostenbeteiligungskonto geführt werden, um festzustellen, wann der Betrag der Franchise und der maximale Selbstbehalt durch die direkten und veranlassten Leistungen pro Leistungserbringer erreicht sind.

- Die von der behandelnden Ärztin angeordneten medizinischen Leistungen (Medikamente, Physiotherapie, Analysen etc.) unterliegen unterschiedlichen Kostenbeteiligungen, je nachdem, ob die Ärztin vom Erkrankten selbständig aufgesucht worden ist oder ob sie von einer anderen Ärztin dorthin überwiesen worden ist.
- Engagement der Vertrauensärztin bei den Gesuchen um Wechsel des Leistungserbringers wegen «second opinion».

Auswirkungen für Versicherte

- Grössere finanzielle Belastung, Förderung Kostenbewusstsein.
- Erschwerte «second opinion».
- Übersicht über die gesamte Kostenbeteiligung wird erschwert.

Auswirkungen für Kantone

- Grosser administrativer Aufwand für die Einteilung der Versicherten in die Einkommenskategorien und auf Anfrage die Bekanntgabe an die Versicherer für die Festlegung der Kostenbeteiligung.

4.3.4 Modell L II

Auswirkungen für Leistungserbringer

- Stärkung der Hausärztinnen (Grundversorger); Umsatzreduktion bei den Spezialärztinnen.
- Gefahr, den Patienten zu verlieren, wenn der Begehrlichkeit des Erkrankten nicht entsprochen wird, nimmt ab.

Auswirkungen für Versicherer

- Schadenbearbeitung aufwendiger als heute, weil auch die Frage nach der Ärztinnenwahl (freiwillig oder zugewiesen) geklärt werden muss⁶², weil eher mehr Fälle zu erfassen sind und weil zusätzliche Stellungnahmen der Vertrauensärztinnen erforderlich sind.
- Mehraufwand für Vertrauensärzte bei Entscheid, ob eine second opinion sinnvoll ist, d.h. ein Arztwechsel vom Vertrauensarzt veranlasst wird und daher die Wechselfranchise nicht fällig wird.
- Umteilung der Versicherten mit Wahlfranchisen.

Auswirkungen für Versicherte

- Ev. erschwerte «second opinion», indem der Versicherte einen Dritten (z. B. Vertrauensärztin) informieren muss.
- Übersicht über die gesamte Kostenbeteiligung wird erschwert.
- Prämienerrhöhung für Versicherte, welche die Wahlfranchise aufgeben müssen.
- Es kann eine Schwächung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Leistungserbringer entstehen.

Auswirkungen für Kantone

- keine

⁶² Es ist fraglich, ob die zuweisenden Ärzte in jedem Fall korrekt die ZSR-Nummer des zugewiesenen Leistungserbringers angeben.

4.3.5 Modell L III

Auswirkungen für Leistungserbringer

- Einige werden bevorzugt (Ärzte im Managed Care System), die übrigen benachteiligt.
- Verhandlungen mit allen Versicherern, welche ein eigenes Managed Care Modell anbieten.

Auswirkungen für Versicherer

- Information der Versicherten wird anspruchsvoller.
- Aufwendigere Abrechnung der Krankheitsfälle.
- Ausgestaltung des eigenen Managed Care Modells und Verhandlungen mit den zu beteiligenden Leistungserbringern.

Auswirkungen für Versicherte

- Krankenpflegeversicherung wird unübersichtlicher als heute.
- Abwägen, ob einem Managed Care Modell beizutreten ist oder nicht.

Auswirkungen für Kantone

- Keine

4.3.6 Modell K I

Auswirkungen für Leistungserbringer

- Umsatzrückgang möglich, wenn das Kostenbewusstsein bei den Patienten durch die höhere Kostenbeteiligung steigt.

Auswirkungen für Versicherer

- Anpassung der Abrechnungsprogramme.
- Dämpfung der Kostenentwicklung.

Auswirkungen für Versicherte

- Grössere finanzielle Belastung und damit Förderung des Kostenbewusstseins.

Auswirkungen für Kantone

- Ev. Auswirkungen auf Fürsorgeleistungen, wenn Patienten in den unteren Einkommenskategorien die höhere Kostenbeteiligung nicht mehr bezahlen können.

4.3.7 Modell K II

Auswirkungen für Leistungserbringer

- Begehrlichkeit der Patienten steigt, wenn der maximale Selbstbehalt von 1'000 Franken erreicht ist.

Auswirkungen für Versicherer

- Administrativer Mehraufwand infolge Zunahme der finanziellen Bagatell- und Kleinfälle.
- Bessere statistische Erfassung und daher bessere Wirtschaftlichkeitskontrolle.

Auswirkungen für Versicherte

- Einfache Kalkulation der Kostenbeteiligung.

Auswirkungen für Kantone

- Die Kostenbeteiligung ist bei der Prämienverbilligung ebenfalls zu berücksichtigen.

4.4 Analyse der Auswirkungen der Varianten auf chronisch Kranke (Abfederung)

4.4.1 Modell E I

- Die Situation der chronisch Kranken würde durch eine einkommensabhängige Franchise nicht verbessert (wenn davon ausgegangen werden kann, dass die chronisch Kranken gleichmässig über alle Einkommensschichten verteilt sind).

4.4.2 Modell E II

- Die Situation der chronisch Kranken würde durch eine einkommensabhängige Franchise nicht verbessert (wenn davon ausgegangen werden kann, dass die chronisch Kranken gleichmässig über alle Einkommensschichten verteilt sind).

4.4.3 Modell L I

- Wenn sich die chronisch Kranken von den Hausärzten behandeln lassen, ist die Mehrbelastung bescheiden.

4.4.4 Modell L II

- Für kostenbewusste chronisch Kranke, d.h. chronisch Kranke welche den Arzt nicht unnötig wechseln und einem alternativen Modell angeschlossen sind, bleibt die maximale Kostenbeteiligung gleich wie heute. Die Prämien werden aber durch die Abschaffung der Wahlfranchise und den Anreizwirkungen des vorgeschlagenen Modells sinken, oder zumindest nicht mehr so stark steigen. Davon profitieren vor allem die chronisch Kranken, welche heute in der Regel eine ordentliche Franchise haben.
- Je nach Definition «Konsultation/Spitaltag» kann eine grössere Belastung entstehen, weil mit 60 Franken pro Spitaltag nach zwei Wochen die maximale Kostenbeteiligung bereits erreicht wäre.
- Chronisch Kranke, die nicht in ein Managed Care Modell wechseln, werden durch die Differenzierung der Kostenbeteiligung besonders stark tangiert.
- Wechseln alle chronisch Kranken in ein Managed Care Modell, wird die übrige Krankenpflegeversicherung stark entlastet und kann in Berücksichtigung der hohen Kostenbeteiligung eine deutlich tiefere Risikoprämie anbieten als dies für das Managed Care Modell (mit kleiner Kostenbeteiligung) der Fall ist.

4.4.5 Modell L III

- Wenn die chronisch Kranken einem Managed Care Modell beitreten, kann dies ev. zu einer Entlastung führen.
- Im Rahmen eines Managed Care Modells kann auf die besonderen Bedürfnisse der chronisch Kranken Rücksicht genommen werden.
- Chronisch Kranke, die nicht in ein Managed Care Modell wechseln, werden durch die Differenzierung der Kostenbeteiligung besonders stark tangiert.
- Wechseln alle chronisch Kranken in ein Managed Care Modell, wird die übrige Krankenpflegeversicherung stark entlastet und kann in Berücksichtigung der hohen Kostenbeteiligung eine deutlich tiefere Risikoprämie anbieten als dies für das Managed Care Modell (mit kleiner Kostenbeteiligung) der Fall ist.

4.4.6 Modell K I

- Chronisch Kranke werden die Erhöhung der Kostenbeteiligung voll übernehmen müssen.

4.4.7 Modell K II

- Chronisch Kranke werden die Erhöhung der Kostenbeteiligung voll übernehmen müssen, wobei sie bis zu jährlichen Kosten von 675 Franken weniger stark belastet würden als nach dem Modell K I (mit einer Franchise von 300 Franken, 10 % Selbstbehalt, maximal 600 Franken). Nach Definition der Chroniker ist aber anzunehmen, dass deren Behandlungskosten in der Regel pro Jahr höher sind als 675 Franken.

4.5 Umsetzung der Varianten in der Gesetzgebung (KVG, KVV, Kantone)

Verschiedene Modelle bestehen noch nicht so konkret, dass bereits klare Gesetzestexte redigiert werden können. Besonders im Hinblick auf die praktische Umsetzung neuer Modelle sind nach einigen Grundsatzentscheiden weitere Definitionen und Präzisierungen notwendig.

Im Anhang 3 sind für die meisten der vorstehend besprochenen Modelle die notwendigen Änderungen im KVG dargestellt. Der aktuelle Stand der Diskussion der einzelnen Modelle gestattet noch keine Entwürfe auf Stufe KVV. Aus den Beschreibungen der einzelnen Modelle sind konzeptionelle Ansätze für die Ausgestaltung auf Stufe Verordnung ersichtlich.

4.6 Erste Stellungnahmen der Organisationen/Verbände/Behörden

4.6.1 Modell E I

Positive Stellungnahmen

- Patientenstelle Zürich (Zitat):

«Einkommens- und vermögensabhängige Jahresfranchisen haben den Vorteil, dass sie die wirtschaftliche Situation der Versicherten berücksichtigen, gleichzeitig auch das Kostenbewusstsein der Versicherten stärken.

Die Finanzierung eines einkommens- und vermögensabhängigen KOB E -Systems sollte u.E. nicht mit dem Argument der Undurchführbarkeit und mangelnder Daten abgelehnt werden. Es gibt mit der AHV, oder IV bereits Systeme mit einkommensabhängigen Prämien. Die Bundessteuer-Veranlagung bildet eine ausgezeichnete Basis für eine sozialverträgliche, gerechte und nachhaltige Finanzierung.»

Negative Stellungnahmen

- Stiftung Schweizerische Patienten- und Versicherten-Organisation (Zitat):

«Die einkommensabhängige Franchise ist noch nicht realisierbar. Es kann nicht sein, dass die Gelder nicht den minderbemittelten Bevölkerungsschichten zufließen, sondern dem komplizierten Vollzug der Realisierung der Bürokratie.»

- santésuisse (Zitat):

«Der soziale Ausgleich soll über den Staat erfolgen, nach dem Grundsatz des Neuen Finanzausgleiches (NFA), wonach der Ausgleich zentral, und nicht über unzählige Kanäle, geregelt werden soll.»

4.6.2 Modell E II

Positive Stellungnahmen

- Keine

Negative Stellungnahmen

- Keine

4.6.3 Modell L I

Positive Stellungnahmen

- Patientenstelle Zürich (Zitat):

«Mit dem Hausarztmodell lässt sich der Ganzheitsgedanke von Pflege und Medizin verwirklichen. Zudem gibt es gute Gründe anzunehmen, dass mit diesem Modell Kosten gespart werden können. Vgl. dazu das Zürcher Hausarztmodell resp. die entsprechenden Daten.»

- Stiftung Schweizerische Patienten- und Versicherten-Organisation (Zitat):

«Höhere Kosten sollten diese Patienten tragen, die zu den normalen ärztlichen Grundleistungen weitere zusätzliche medizinische Leistungen oder Abklärungen wünschen. Das würde vor allem die Stadtbevölkerung betreffen. Wenn die entsprechenden Spezialisten vorhanden sind, werden sie auch konsultiert. Der Appenzeller geht weniger zur Ärztin, als der Genfer. Die appenzellische Bevölkerung ist deshalb aber nicht kränker. Diese spezialisierten Mehrleistungen sollten mit entsprechenden Franchisen belastet werden. Die Studie von Gianfranco Domenighetti Primery Care 2002;2:241-245, zeigt die Problematik auf: viele Leistungen werden durch die Patienten selbst ausgelöst, weshalb hohe zusätzliche Kosten verursacht werden. Patienten, die selbst ohne eine Überweisung der Hausärztin einen Spezialisten aufsuchen, sollten eine zusätzliche Franchise bezahlen müssen. Wie hoch diese sein soll, muss diskutiert werden. So wird die sogenannte freie Arztwahl nicht eingeschränkt, aber sie muss zusätzlich bezahlt werden.

Vorteil einer zusätzlichen Franchise	Nachteil einer zusätzlichen Franchise
PatientInnen, die zusätzlich unnötige Kosten auslösen, müssen sich daran beteiligen	Es könnte sein, dass in Einzelfällen berechnete zusätzliche Abklärungen durch die Mehrkosten verhindert werden.

Zur Problemlösung könnte eine Ombudsärztin nominiert werden, die von den Patienten bei Streitigkeiten angerufen werden kann. Diese Einrichtung kennen wir bei den HMO-Modelle. Dadurch gibt es eine Möglichkeit, Streitigkeiten zwischen Ärztin und Patient zu schlichten. Die Ombudsärztin ist bis heute wenig beschäftigt.»

Negative Stellungnahmen

- santésuisse (Zitat):

«Das Modell enthält gute Komponenten. santésuisse lehnt das Modell dennoch ab, weil wir wegen den nicht zu lösenden administrativen Problemen gegen eine einkommensabhängige Kostenbeteiligung sind.»

4.6.4 Modell L II

Positive Stellungnahmen

- Stiftung Schweizerische Patienten- und Versicherten-Organisation (Zitat)

«Dieses Modell hat sehr gute neue Aspekte auch aus Patientensicht.

Mehrkosten bezahlen die Bürger, welche sich nicht in einem Netzwerk einbinden lassen wollen.

Chronisch Kranke werden nicht benachteiligt, sie können Kosten sparen, wenn sie sich in einem Netzwerk einbinden lassen. Die Kosten werden für die Betroffenen nicht höher.

Mehrkosten bezahlen die Patienten, welche Unkontrollierte Parallelbehandlungen betreiben mit der Wechselfranchise, weil sie die Ärztin nach ihrem Gutdünken wechseln. Das Verursacherprinzip könnte wirken.

Die Patienten, die sich im Spital ambulant behandeln lassen, bezahlen weniger »Franchise«, wie wenn sie die gleiche Behandlung stationär durchführen lassen. Sie nehmen dadurch mehr Verantwortung und Unannehmlichkeiten in Kauf.

Voraussetzung ist, dass alle Bürger die Möglichkeit haben von einem Netzwerk behandelt zu werden.

Die Vertrauensärztinnen als Schiedsrichter würde ich mit nicht an die Krankenkassen gebundenen Ärztinnen, sondern mit Ombudsärztinnen ersetzen. Die Versicherten der Assura müssten gleichbehandelt werden, wie z.B. Versicherte der Helsana.»

Negative Stellungnahmen

- SDK (Gianfranco Domenighetti)

Personnellement je suis opposé à la participation de 60 fr. par jour d'hospitalisation car je trouve qu'une telle participation [a] n'a aucun effet sur le «moral hazard» du côté de la demande et [b] si considérée, au contraire, comme participation aux coûts je ne vois pas pourquoi il faut un paiement «out of pocket» au lieu d'une socialisation de ce coût dans la cotisation et l'impôt (voir réflexion au point 4 suivant). De plus la généralisation prévue de payer les séjours à l'hôpital par APDRG rends inutile une participation par journée d'hospitalisation.

4.6.5 Modell L III

Positive Stellungnahme

- santésuisse (Zitat):

«Durch eine differenzierte Kostenbeteiligung für Versicherte in Managed Care Modellen und Versicherte im traditionellen Modell können die Managed Care Modelle gefördert werden. Es wird dann auch für chronisch Kranke interessant, solchen Modellen beizutreten. Die Kosteneinsparungspotentiale dieser Modelle kommen dann voll zum Tragen.

Negative Stellungnahme

- Keine

4.6.6 Modell K I

Positive Stellungnahmen

- Keine

Negative Stellungnahmen

- Patientenstelle Zürich (Zitat):

«Eine Erhöhung der Kostenbeteiligung über einkommensunabhängige Franchise und Selbstbehalt lehnt die Patientenstelle Zürich ab, weil es sich um eine unsoziale Kostenbeteiligung handelt und weil der sogenannte Sparanreiz nur für die Bevölkerungsgruppe mit tieferen Einkommen wirksam würde.

Das Hauptargument mittels Erhöhung der Franchise - unabhängig vom Einkommen - den Sparanreiz der Versicherten zu fördern geht von zwei Annahmen aus: Nur die Bevölkerungsgruppe mit tieferen Einkommen soll zum Sparen angehalten werden und medizinische Leistungen sind primär Konsumgut.

Dieses Argument basiert auf der Betrachtungsweise, dass Patientinnen und Patienten Kundinnen und Konsumenten sind. Diese Betrachtungsweise teilt die Patientenstelle Zürich nicht.

Unbestritten werden medizinische Leistungen von einer Gruppe von Menschen konsumiert. Um adäquat auf dieses Problem reagieren zu können, stellen sich beispielsweise die Fragen welche Leistungen konsumiert werden und was zu Ärztetourismus führt.

Das Gegenteil trifft ebenfalls zu: Menschen, die spät oder zu spät medizinische Leistungen beanspruchen. Die Erhöhung der Kostenbeteiligung über einkommensunabhängige Franchisen würde Menschen mit tiefen Einkommen zwingen bei der Gesundheit zu sparen. Folglich würde der Gesundheitszustand ärmerer Leute beeinträchtigt. Das wiederum hätte langfristig eher höhere Kosten zur Folge, beispielsweise dann, wenn ein zu später Arztbesuch langwierige und kostspielige Behandlungen notwendig macht.»

- FMH (Zitat von Yves Ecoffey):

«Augmentation du quote-part: la FMH est opposée mais sa position est discutable.

Augmentation de la franchise: la FMH est fortement opposée.»

- SDK (Zitat von Gianfranco Domenighetti):

»Toutes ces variantes fondées sur les franchises optionnelles (système actuel) sont à mon avis à abandonner car ils jouent contre la solidarité et sont lourdement hypothéqués par des problèmes majeurs d'auto sélection.»

- santésuisse (Zitat):

«Die ordentliche Franchise erachten wir bekanntlich als unsozial, da diese vor allem die Kranken trifft. Dieses Phänomen wird durch die Wahlfranchisen noch verstärkt, können doch hiermit die Gesunden zusätzlich von Prämienrabatten profitieren.»

9.6.7 Modell K II

Positive Stellungnahme

- Antragsteller santésuisse

Negative Stellungnahme

- Keine

4.7 Persönliche Empfehlung des Experten «Kostenbeteiligung»

4.7.1 Kurzfristige Anpassung per 1. Januar 2004

Modifikation der heute geltenden Regelung durch Änderung der KVV. Erhöhung der Basisfranchise sowie neue Stufen und neue Rabattsätze für die wählbaren Franchisen in Anlehnung an die vom EDI vorgesehenen Änderungen per 1. Januar 2004:

Table 26 Kurzfristige Anpassung per 1. Januar 2004

Franchise	SB in %	SB max.	absolute Reduktionsfaktoren	relative Reduktionsfaktoren
Kinder				
0	10%	400	8.9%	0.0%
150	10%	400	24.1%	16.7%
225	10%	400	30.4%	23.6%
300	10%	400	35.8%	29.5%
375	10%	400	40.5%	34.7%
Erwachsene				
300	10%	800	14.7%	0.0%
600	10%	800	20.9%	7.3%
900	10%	800	26.2%	13.6%
1'200	10%	800	30.9%	19.0%
1'500	10%	800	35.0%	23.9%

In Abweichung zu der vom EDI vorgesehenen Änderung schlägt der Teilprojektleiter eine äquidistante Abstufung der Wahlfranchisen, ausgehend von 600 Franken vor. Für die Kinder werden zudem neu ebenfalls vier Wahlfranchisen vorgesehen. Die Wahlfranchisen für die Kinder entsprechen einem Viertel der Wahlfranchisen der Erwachsenen.

4.7.2 Mittelfristige Anpassung per 1. Januar 2005

Ausbau der heute geltenden Regelung durch Änderung des KVG und der KVV durch eine Zweiteilung der Kostenbeteiligung, Variante 1 für Versicherte in einem Managed Care Modell und eine Variante 2 für die übrigen Versicherten (OKP). Die Ansätze mit dem Selbstbehalt von 10 % gelten für die Managed Care Modelle; die doppelten Ansätze für die uneingeschränkte OKP.

Tabelle 27 Mittelfristige Anpassung per 1. Januar 2005

Franchise	SB in %	SB max.	absolute Reduktionsfaktoren	relative Reduktionsfaktoren
Kinder in einem Managed Care Modell				
0	10%	400	8.9%	0.0%
150	10%	400	24.1%	16.7%
225	10%	400	30.4%	23.6%
300	10%	400	35.8%	29.5%
375	10%	400	40.5%	34.7%
Kinder ausserhalb eines Managed Care Modells				
0	20%	800	17.8%	0.0%
150	20%	800	31.4%	16.5%
225	20%	800	37.0%	23.3%
300	20%	800	41.8%	29.2%
375	20%	800	46.0%	34.3%
Erwachsene in einem Managed Care Modell				
300	10%	800	14.0%	0.0%
600	10%	800	20.3%	7.3%
900	10%	800	25.7%	13.5%
1'200	10%	800	30.4%	19.0%
1'500	10%	800	34.5%	23.8%
Erwachsene ausserhalb eines Managed Care Modells				
600	20%	1'600	26.7%	0.0%
900	20%	1'600	31.5%	6.6%
1'200	20%	1'600	35.8%	12.3%
1'500	20%	1'600	39.5%	17.4%
1'800	20%	1'600	42.9%	22.1%

4.7.3 Langfristige Anpassung

Weiterer Ausbau der mittelfristigen Lösung durch Anpassung der Parameter an die Kostenentwicklung, verfeinerte Regelungen betreffend Managed Care Modelle gestützt auf die Angebote der Versicherer und die Präzisierung von Leistungen gemäss KVG Art. 64, Absatz 6, der neu wie folgt zu fassen wäre:

6 Der Bundesrat kann:

a. für bestimmte Leistungen eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen oder die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben

b. und d. entfällt

d.h. der Bundesrat erhält die Kompetenz, für bestimmte Leistungen die Kostenbeteiligung, insbesondere die Franchise, zu erhöhen oder zu reduzieren.

Zu erhöhen wäre die Kostenbeteiligung für:

- Physiotherapie,
- Psychotherapie,
- diagnostische High-tech Abklärungen oder allgemeiner: technisch diagnostische Leistungen wie Laboranalysen, bildgebende Verfahren, EKG etc.,
- Medikamente, für welche ein Generikum in der Spezialitätenliste aufgeführt ist,
- Badekuren inkl. der ambulanten medizinischen Leistungen, die dabei erbracht werden.

Zu reduzieren wäre die Kostenbeteiligung für Unfallbehandlungen in Sinne einer Koordination mit dem UVG.

Voraussetzung für diese zusätzlichen leistungsbezogenen Komponenten der Kostenbeteiligung sind eingehendere Studien über die Struktur der Leistungen. Die notwendigen Daten können vermutlich erst mit der Einführung der einheitlichen Tarifstruktur nach Tarmed für wissenschaftliche Untersuchungen zur Verfügung gestellt werden.

5 Verworfenne Modelle (mit Begründung)

5.1 Modell 1:

Verbesserte Abzugsmöglichkeiten der Kostenbeteiligung bei den Steuern

- gehört weniger in die Kategorie Kostenbeteiligung, sondern in die Kategorie Finanzierung ungedeckter Krankheitskosten durch Steuervergünstigungen.

5.2 Modell 2:

Entlastung der unteren Einkommen im Bereich der Kostenbeteiligung durch Prämienverbilligungsbeiträge

- Insgesamt werden mehr Mittel für die Prämienverbilligungen benötigt. Andernfalls werden die gesunden Versicherten in den unteren Einkommenskategorien weniger Prämienbeiträge erhalten.
- Diejenigen, die profitieren, profitieren doppelt und andere können ev. ganz knapp keine Beiträge erhalten.
- Sehr grosser Verwaltungsaufwand für die Kantone.
- Versicherte mit Sozialhilfe und EL erhalten die Kostenbeteiligung heute schon rückerstattet.

5.3 Modell 3:

Halbe Franchise für Versicherte, die einen Anspruch auf Prämienverbilligung haben

- Verwaltungsaufwand bei den Kassen steigt, die Empfänger von Prämienbeiträgen müssen bekannt sein.
- Regelung der freiwilligen Franchisen wird unübersichtlicher.
- Diejenigen, die profitieren, profitieren doppelt und andere können ev. ganz knapp keine Beiträge erhalten.

5.4 Modell 4:

Sozialklausel (Keine Kostenbeteiligung für Empfänger von Sozialhilfe, Hilflosenentschädigung oder Ergänzungsleistungen)

- Zusätzlicher Verwaltungsaufwand für die Krankenversicherer.
- Mindereinnahmen der Krankenversicherer → Kompensation durch höhere Prämien.
- Existiert heute zu einem grossen Teil.

5.5 Modell 5:

Indikationsklausel (Keine Kostenbeteiligung wäre für Behandlungen zu bezahlen von unmittelbar lebensbedrohenden Krankheiten, progredient chronische Erkrankungen oder dauerhafte kostenintensive Behandlungen)

- Definition und Abgrenzung der medizinischen Leistungen dürfte sehr schwierig sein (z. B. «unmittelbar lebensbedrohend» könnte so interpretiert werden, dass alle Behandlungskosten der n letzten Lebensmonate erfasst werden).
- Keine objektiven Kriterien.

5.6 Modell 6:

Krankheitslisten

- Definition der verschiedenen Listen mit den entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen dürfte recht schwierig sein.
- Die Krankheitsliste wäre kaum zu realisieren und in viel zu grossem Ausmass an die Werthaltung der Gesellschaft oder beispielsweise der Versicherer gebunden.
- Es dürfte langwierige Diskussionen mit jenen Leistungserbringern geben, die von einer erhöhten Kostenbeteiligung betroffen wären (z.B. Physiotherapeuten) geben.
- Es fehlen statistische Angaben über das Ausmass der verschiedenen medizinischen Leistungen.
- Finanzielle Auswirkungen sind kaum berechenbar.
- Sehr interessant scheint einzig der Vorschlag für Generika eine reduzierte Kostenbeteiligung vorzusehen, respektive die Kostenbeteiligung für Originalmedikamente mit Generika zu erhöhen, und so den Absatz von Generika zu fördern.
- Patienten (d.h. auch die chronisch Kranken) sind von diesem Selbstbehalt für teure Originalmedikamente nicht betroffen, sofern sie nur Generika konsumieren.

Einzelne Teile sind allenfalls mit den Varianten L I, L II und L III zu kombinieren oder können gestützt auf KVG Art. 64, Abs. 6 heute schon festgelegt werden. Die detaillierte Umsetzung ist sehr schwierig. Siehe dazu auch die Erweiterung des Modells «Status quo plus» mit leistungsorientierten Franchisen.

6 Rahmenbedingungen

6.1 Zusammenwirken mit den anderen Teilprojekten und dem Risikoausgleich

6.1.1 Variante E I

Gegenüber Teilprojekt «Kontrahierungszwang»

Gering bis unbedeutend

Gegenüber Teilprojekt «Spitalfinanzierung»

Gross: Die deutlich höheren Spitalkosten z. L. Patient führen zu einer entsprechenden Belastung der Kostenbeteiligung.

Gegenüber Teilprojekt «Managed Care»

Gross: Je grösser die Kostenbeteiligung umso kleiner wird der Anreiz, einem Managed Care Modell beizutreten. Wer die meisten Behandlungskosten ohnehin selbst bezahlen muss, möchte ev. auch die freie Wahl des Leistungserbringers.

Gegenüber Teilprojekt Pflege

Die Pflegekosten, sofern es sich nicht nur um feste Beiträge handelt, fallen auch unter die Kostenbeteiligung und können je nach wirtschaftlicher Situation eine Entlastung oder Belastung bedeuten.

Gegenüber Risikoausgleich

Gross: Wenn die wirtschaftlich Schwachen weniger Kostenbeteiligung bezahlen, müssen Kassen mit einem hohen Anteil an armen Versicherten die Mindereinnahmen aus der Kostenbeteiligung durch höhere Prämien oder einen neugestalteten Risikoausgleich wieder kompensieren.

6.1.2 Variante E II

Gegenüber Teilprojekt «Kontrahierungszwang»

Gering bis unbedeutend

Gegenüber Teilprojekt «Spitalfinanzierung»

Gross: Die deutlich höheren Spitalkosten z. L. Patient führen zu einer entsprechenden Belastung der Kostenbeteiligung.

Gegenüber Teilprojekt «Managed Care»

Gross: Je grösser die Kostenbeteiligung umso kleiner wird der Anreiz, einem Managed Care Modell beizutreten, weil hohe Kostenbeteiligungen zu tieferen Prämien führen. Zudem wäre die Wahl der Leistungserbringer frei.

Gegenüber Teilprojekt Pflege

Gross: Ein grosser Teil der Behandlungskosten wird unter die Franchise fallen.

Gegenüber Risikoausgleich

Gross: Zusätzliche Risikoselektion nach wirtschaftlichen Verhältnissen des Versicherten.

6.1.3 Variante L I

Gegenüber Teilprojekt «Kontrahierungszwang»

Gross: Der Bedarf an Ärzten der Grundversorgung steigt.

Gegenüber Teilprojekt «Spitalfinanzierung»

Gross: Die deutlich höheren Spitalkosten z. L. Patient führen zu einer entsprechenden Belastung der Kostenbeteiligung.

Gegenüber Teilprojekt «Managed Care»

Gross: Die Detailausgestaltung der Kostenbeteiligung mit einkommensabhängigen Elementen ist mit den Modellen «Managed Care» im Detail abzustimmen.

Gegenüber Teilprojekt Pflege

Gross: Sofern mehrere Ärzte konsultiert werden.

Gegenüber Risikoausgleich

Gross: Zusätzliche Risikoselektion nach wirtschaftlichen Verhältnissen des Versicherten.

6.1.4 Variante L II

Gegenüber Teilprojekt «Kontrahierungszwang»

Gross: Abwägen, ob und wenn ja welchen alternativen Modellen beigetreten werden soll.

Gegenüber Teilprojekt «Spitalfinanzierung»

Gering bis unbedeutend

Gegenüber Teilprojekt «Managed Care»

Gross: Hier ergeben sich echte Synergien.

Gegenüber Teilprojekt Pflege

Gross: Hier ergeben sich je nach Ausgestaltung der alternativen Modelle echte Synergien.

Gegenüber Risikoausgleich

Gross: Ausgleich der Risikoselektion (gute Risiken mit hoher Kostenbeteiligung) notwendig.

6.1.5 Variante L III

Gegenüber Teilprojekt «Kontrahierungszwang»

Gross: Sofern für Nichtvertragsärzte Leistungen mit hohen Kostenbeteiligungen belegt werden.

Gegenüber Teilprojekt «Spitalfinanzierung»

Gering bis unbedeutend

Gegenüber Teilprojekt «Managed Care»

Gross: Hier ergeben sich echte Synergien.

Gegenüber Teilprojekt Pflege

Gross: Hier ergeben sich echte Synergien.

Gegenüber Risikoausgleich

Gross: Ausgleich der Risikoselektion (gute Risiken mit hoher Kostenbeteiligung) notwendig.

6.1.6 Variante K I

Gegenüber Teilprojekt «Kontrahierungszwang»

Gering bis unbedeutend

Gegenüber Teilprojekt «Spitalfinanzierung»

Gross: Die deutlich höheren Spitalkosten z. L. Patient führen zu einer entsprechenden Belastung der Kostenbeteiligung.

Gegenüber Teilprojekt «Managed Care»

Gross: Sofern für Managed Care Modelle reduzierte Ansätze gelten sollen.

Gegenüber Teilprojekt Pflege

Gering bis unbedeutend

Gegenüber Risikoausgleich

Gering bis unbedeutend

6.1.7 Variante K II

Gegenüber Teilprojekt «Kontrahierungszwang»

Gering bis unbedeutend

Gegenüber Teilprojekt «Spitalfinanzierung»

Gross: Die deutlich höheren Spitalkosten z. L. Patient führen zu einer entsprechenden Belastung der Kostenbeteiligung.

Gegenüber Teilprojekt «Managed Care»

Gering bis unbedeutend

Gegenüber Teilprojekt Pflege

Gering bis unbedeutend

Gegenüber Risikoausgleich

Gering bis unbedeutend

6.2 Welche weiteren Massnahmen müssen umgesetzt werden ?

6.2.1 Variante E I

- Bemessungsgrundlage für die Einkommensabhängigkeit festlegen (Kantonale Steuer oder Bundessteuer; Einkommen und/oder Vermögen; Gewichtung der Familiengrösse).
- Praktikable Lösungen für die Datenschutzproblematik.

6.2.2 Variante E II

- Bemessungsgrundlage für die Einkommensabhängigkeit festlegen (Kantonale Steuer oder Bundessteuer; Einkommen und/oder Vermögen; Gewichtung der Familiengrösse).

6.2.3 Variante L I

- Einfaches administratives Verfahren für die Einteilung der Versicherten in die Einkommenskategorien.
- Praktikable Lösungen für die Datenschutzproblematik.
- Definition der Ärztinnen der Grundversorgung.

- Abgrenzung gegenüber den Spitalambulatorien.
- Regelung der Franchise für die veranlassten Kosten wie Medikamente aus der Apotheke, auswärtige Laboranalysen, Physiotherapie etc. , je nach dem, ob diese Leistungen von der Erstärztin, der zugewiesenen Ärztin oder der frei gewählten Ärztin veranlasst werden.

6.2.4 Variante L II

- Definition von «Konsultation», «Spitaltag», «Wechsel des Leistungserbringers».
- Mindestanforderungen für alternative Modelle.
- Neuregelung Risikoausgleich.

6.2.5 Variante L III

- Definition der verschiedenen Managed Care Modelle.
- Mindestanforderungen für alternative Modelle.
- Neuregelung Risikoausgleich.

6.2.6 Variante K I

- keine

6.2.7 Variante K II

- keine

7 Besonderes

7.1 Detailauswertungen in Tabellenform und als Grafiken

Die umfangreichen Modellrechnungen stehen in zahlreichen detaillierten Tabellen beim Teilprojektleiter «Kostenbeteiligung» für weitere Auswertungen im Rahmen des Projektes zur Verfügung. Die umfangreichen Datenbanken sind im Access-Format und die Auswertungen im Excel-Format erstellt worden.

7.2 Visualisierung der Ergebnisse mittels Grafiken

Für die Präsentation der Ergebnisse stehen viele Grafiken im Excel-Format und PowerPoint-Format zur Verfügung.

8 Auftragserfüllung

Abschliessend werden die Ergebnisse mit dem an das Teilprojekt gerichteten detaillierten Auftrag des BSV verglichen und kurz kommentiert:

8.1 Übergeordnetes Projektziel

«Mit der Revision wird das KVG auf der Basis der bisherigen Zielsetzung (Solidarität, Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Medizin, Kostendämpfung) weiterentwickelt. Insbesondere werden wettbewerbliche Elemente sowie die Anreize zu einer angemessenen Leistungserbringung gestärkt und die Transparenz verbessert. Damit soll bei allen Akteuren das Kosten- und Qualitätsbewusstsein gefördert und die Effizienz im Gesundheitswesen verbessert werden.»

- Aus der Optik Kostenbeteiligung sind den Versicherten Wahlmöglichkeiten zu bieten, indem er bei der Übernahme grösserer finanzieller Risiken eine entsprechende Entlastung bei der Risikoprämie erwarten kann. Dies kann bereits durch die Beibehaltung der Systems von Wahlfranchisen nach heute geltendem Recht erfüllt werden. Einige Modelle sehen zudem differenzierte Kostenbeteiligungen für Managed Care Modelle und für die übrigen Versicherungen vor.
- Das Kostenbewusstsein der Versicherten wird durch höhere Kostenbeteiligungen gefördert ohne nachweisliche Beeinträchtigungen seiner Gesundheit.
- Wenn die Versicherer ihre Versicherungsmodelle unterschiedlich gestalten können und diese auch mit abgestuften Kostenbeteiligungselementen (Franchisen, Selbstbehalt, Grenzbeträge) versehen können, werden wettbewerbliche Elemente auch auf dem Gebiet des Gesundheitswesens Einzug halten.
- Erkrankte Versicherte mit hohen Kostenbeteiligungen können auch beim Leistungserbringer zu einer Kostendämpfung führen, weil der Erkrankte kritischer auf die angeordneten medizinischen Massnahmen achten wird, weil er sie zu einem grösseren Teil auch direkt mitfinanzieren muss.

8.2 Auftrag Teilprojekt «Kostenbeteiligung»

1. Evaluation von Modellen mit einer einkommensabhängigen Franchise (Machbarkeit, Folgen und ökonomischer Anreiz für Versicherte, Versicherer und Leistungserbringer);
 - ♦ Die Modelle E I «Einkommensabhängige Franchise» und E II «Hohe Franchise» und etwas eingeschränkt auch das Modell L I «Franchise pro Ärztin» tragen diesem Auftrag Rechnung. Reine Franchisemodelle (ohne Selbstbehalt) sind weniger wirksam als kombinierte Kostenbeteiligungen, weil insbesondere bei kleinen Franchisen die Grenze für den unentgeltlichen Konsum von medizinischen Dienstleistungen rasch erreicht wird.
 - ♦ Machbarkeit: Höchstens langfristig. Problematisch wegen Datenschutz; insbesondere Modelle E I und L I geben den Versicherern Einblick in Einkommensdaten der Versicherten. Daneben sind noch viele Detailregelungen offen, wie Bemessungsgrundlage (welches Einkommen/Vermögen?), Familienfranchise oder pro versicherte Person, heute vorliegende Datenstrukturen gestatten keine verbindlichen Modellrechnungen.
 - ♦ Folgen und ökonomische Anreize für die Versicherten: Strapazierung der Solidarität, indem bei einer Franchise von beispielsweise 5'000 Franken im Mittel rund 2/3 der Bruttobehandlungskosten durch die Kostenbeteiligung finanziert werden, während es nach der geltenden Regelung «nur» rund 12 % sind.

- ◆ Folgen und ökonomische Anreize für die Versicherer: Neben der heute oft kritisierten Risikoselektion nach gesunden und jungen Versicherten rückt eine neue Risikoselektion nach wirtschaftlich gut situierten Versicherten in den Vordergrund. Im tiers payant Inkassoprobleme für die hohe Franchise beim Versicherten.
 - ◆ Folgen und ökonomische Anreize für die Leistungserbringer: Eher geringe Folgen. Beim tiers garant können bei den Leistungserbringern die Inkassoprobleme zunehmen, wenn die hohe Franchise nicht bezahlt werden kann.
2. Evaluation von Modellen mit einem einkommensabhängigen Selbstbehalt (Machbarkeit, Folgen und ökonomischer Anreiz für Versicherte, Versicherer und Leistungserbringer);
- ◆ Das Modell E I «Einkommensabhängige Franchise» und L I «Franchise pro Ärztin» tragen diesem Auftrag Rechnung. Grundsätzlich sind reine Selbstbehalt Modelle (d.h. ohne Franchise) weniger wirksam, weil vor allem die finanziellen Bagatellfälle auch der Krankenversicherung angelastet werden und grossen administrativen Aufwand verursachen.
 - ◆ Machbarkeit: Höchstens langfristig. Problematisch wegen Datenschutz; insbesondere Modelle E I und L I geben den Versicherern Einblick in Einkommensdaten der Versicherten. Daneben sind noch viele Detailregelungen offen, wie Bemessungsgrundlage (welches Einkommen/Vermögen?), maximaler Selbstbehalt pro Familie oder pro versicherte Person, heute vorliegende Datenstrukturen gestatten keine verbindlichen Modellrechnungen.
 - ◆ Folgen und ökonomische Anreize für die Versicherten: Es lohnt sich, auch finanzielle Bagatellfälle über den Krankenversicherer bezahlen zu lassen, weil auch von kleinen Beträgen der Versicherte nur einen Teil selbst bezahlen muss.
 - ◆ Folgen und ökonomische Anreize für die Versicherer: Mehr administrativer Aufwand durch die zusätzlichen vielen Kleinfälle. Anstelle von Selbstmedikation werden vermehrt Leistungen durch Verordnung der Ärztinnen dem Krankenversicherer belastet. Risikoselektion nach Einkommen nimmt an Bedeutung zu.
 - ◆ Folgen und ökonomische Anreize für die Leistungserbringer: Eher geringe Folgen. Beim tiers garant können bei den Leistungserbringern die Inkassoprobleme zunehmen, wenn der Selbstbehalt hohe Beträge erreicht, die der Versicherte nicht bezahlt.
3. Evaluation von Modellen mit einer einkommensabhängigen Franchise **und** einem einkommensabhängigen Selbstbehalt (Machbarkeit, Folgen und ökonomischer Anreiz für Versicherte, Versicherer und Leistungserbringer);
- ◆ Die Modelle E I «Einkommensabhängige Franchise» und E II «Hohe Franchise» sowie auch das Modell L I «Franchise pro Ärztin» tragen diesem Auftrag Rechnung. Kombinierte Modelle zeigen in der Regel die beste Wirkung, indem durch die Franchise die im unteren Kostenbereich liegenden Fälle ganz dem Erkrankten belastet werden. Auf den weiteren Kosten ist der Erkrankte mit einem prozentualen Anteil bis zu einem Höchstbetrag zusätzlich beteiligt.
 - ◆ Machbarkeit: Höchstens langfristig. Problematisch wegen Datenschutz; insbesondere Modelle E I und L I geben den Versicherern Einblick in Einkommensdaten der Versicherten. Daneben sind noch viele Detailregelungen offen, wie Bemessungsgrundlage (welches Einkommen/Vermögen?), Familienfranchise oder pro versicherte Person, heute vorliegende Datenstrukturen gestatten keine verbindlichen Modellrechnungen.
 - ◆ Folgen und ökonomische Anreize für die Versicherten: Höchstens langfristig, problematisch wegen Datenschutz insbesondere Modelle E I und L I geben den Versicherern Einblick in Einkommensdaten der Versicherten. Daneben sind noch viele Detailregelungen offen, wie Bemessungsgrundlage

(welches Einkommen/Vermögen ?), Familienfranchise oder pro versicherte Person, heute vorliegende Datenstrukturen gestatten keine verbindlichen Modellrechnungen.

- ◆ Folgen und ökonomische Anreize für die Versicherer: Neben der heute oft kritisierten Risikoselektion nach gesunden und jungen Versicherten rückt eine neue Risikoselektion nach wirtschaftlich gut situierten Versicherten in den Vordergrund. Im tiers payant Inkassoprobleme für die hohe Franchise beim Versicherten.
- ◆ Folgen und ökonomische Anreize für die Leistungserbringer: Eher geringe Folgen. Beim tiers garant können bei den Leistungserbringern die Inkassoprobleme zunehmen, wenn die Kostenbeteiligung hohe Beträge erreicht, die der Versicherte nicht bezahlt.

4. Klären, ob die heutigen Franchisen unabhängig von einer Änderung des Systems angepasst werden müssten (Teuerung seit 1996).

- ◆ Zu diesem Auftrag sind gestützt auf ein grosses Datenmaterial von santésuisse umfangreiche Modellrechnungen durchgeführt worden. Insbesondere das Modelle K I «Status quo plus» beleuchtet diese Fragestellung. Das Modell K II «Selbstbehalt» untersucht ein Modell ohne Franchise, aber mit einem hohen Selbstbehalt von 50 %. Mit dem Modell K III « Reformpaket EDI 2004» wird die vom EDI vorgesehene Änderung der KVV per 1. Januar 2004 in die Beurteilung einbezogen.

Die Ergebnisse zeigen, dass nicht nur die Franchise, sondern alle festen Franken Beträge⁶³ wegen der starken Kostenentwicklung seit 1996 anzupassen sind, damit die Kostenbeteiligung wieder ähnliche Proportionen der Behandlungskosten auf den Erkrankten überträgt wie beim Inkrafttreten des KVG.

- ◆ Diese Anpassungen bedingen keine Revision des KVG, die Beträge werden in der KVV festgelegt.

5. Klären der Frage, ob das heutige System der wählbaren Franchisen erhalten bleiben soll. Wenn ja, welche Modelle sind denkbar?

- ◆ Auch zu diesem Auftrag konnten umfangreiche Modellrechnungen durchgeführt werden.
- ◆ Bei den Modellen E I «Einkommensabhängige Franchise», E II «Hohe Franchise», L I «Franchise pro Ärztin» und K II «Selbstbehalt» macht die Wahlfranchise keinen Sinn mehr. Beim Modell K II könnte allenfalls als Ersatz über eine freie Wahl des maximalen Selbstbehaltes diskutiert werden. Theoretisch wäre es auch möglich, dass der Versicherte den Prozentsatz für den Selbstbehalt frei wählen kann. Die entsprechenden Rabattsätze können mit den zur Verfügung stehenden Daten geschätzt werden.
- ◆ Bei den Modellen L II und K II ist seitens des Antragstellers (santésuisse) ausdrücklich die Abschaffung der Wahlfranchisen verlangt worden.
- ◆ Die Modelle L III «Managed Care» und K I «Status quo plus» sehen nach wie vor Wahlfranchisen vor, allerdings mit neuen Parametern⁶⁴, die der Kostenentwicklung seit 1996 angepasst sind.
- ◆ Ob die Wahlfranchisen eine Entsolidarisierung darstellen oder die grössere Risikobereitschaft der Versicherten belohnen sollen wird kontrovers diskutiert. Wenn festgestellt wird, dass eher die gesunden Versicherten eine höhere Franchise wählen, leisten diese Versicherten trotz begrenztem Prämienrabatt einen Solidaritätsbeitrag zu Gunsten der Versicherten mit der Basiskostenbeteiligung.

⁶³ Franchise und maximaler Selbstbehalt (KVV, Art. 103)

⁶⁴ Höhe der wählbaren Franchise und Rabatt in Prozent der Basisprämie

6. Differenzierte Kostenbeteiligung nach medizinischer Leistung (Modelle, Machbarkeit, Folgen und ökonomischer Anreiz für Versicherte, Versicherer und Leistungserbringer).

- ◆ Die Modelle L I «Franchise pro Ärztin», L II «Franchise pro Konsultation/Spitaltag», L III «Managed Care» und K I «Status quo plus» befassen sich mit der Fragestellung in diesem Auftrag.
- ◆ Machbarkeit L I: Beim Modell L I erfolgt die Differenzierung nach Leistungserbringern (Grundversorger inkl. von diesen zugewiesene Leistungserbringer vs. Spezialisten). Dafür sind detaillierte Listen der betreffenden Leistungserbringer notwendig, damit klar ist, welche Kostenbeteiligung gilt. Zudem ist dieses Modell mit einer einkommensabhängigen Kostenbeteiligung gekoppelt, was die Grenze der Machbarkeit auch mittelfristig überschreitet.
- ◆ Machbarkeit L II: Das Modell L II sieht im Rahmen eines Managed Care Modells eine Abstufung des Selbstbehaltes nach Leistungserbringern im Managed Care Modell (tiefer Selbstbehalt) und ausserhalb (hoher Selbstbehalt). Zudem wird die Franchise pro Konsultation/Spitaltag erhoben. Auch für dieses Modell sind noch verschiedene Fragen und Definitionen offen, mittelfristig ist mindestens theoretisch die Machbarkeit gegeben.
- ◆ Machbarkeit L III: Das Modell L III baut auf der bestehenden Kostenbeteiligung (inkl. Wahlfranchisen) auf und differenziert die Kostenbeteiligung für Mitglieder eines Managed Care Modells (tiefe Kostenbeteiligung) und den übrigen Versicherten (hohe Kostenbeteiligung). Die Machbarkeit ist kurz bis mittelfristig gegeben, sofern es gelingt, die Managed Care Modelle zu definieren und die Kriterien⁶⁵ so festzusetzen, dass die Versicherten eine echte Auswahl⁶⁶ haben und die Versicherer motiviert werden, solche Systeme auch anzubieten.
- ◆ Folgen und ökonomische Anreize für die Versicherten: Eine differenzierte Kostenbeteiligung kann nur bestehen, wenn die Versicherten überzeugt sind, dass ihre Gesamtbelastung aus Prämie und Kostenbeteiligung den ihnen zustehenden Versicherungsleistungen angemessen entspricht. Wenn ins Gewicht fallende Solidaritätsbeiträge zu Gunsten der Versicherten in den Managed Care Modellen in den Prämien enthalten sind, werden sich die übrigen Versicherten nach kurzer Zeit ebenfalls dem Managed Care Modell anschliessen, weil ihre Bereitschaft, grössere Risiken zu übernehmen, nicht belohnt wird.
- ◆ Folgen und ökonomische Anreize für die Versicherer: Die Versicherer werden nur Managed Care Modelle anbieten, wenn diese trotz kleinerer Kostenbeteiligung zu günstigen Prämien angeboten werden können. Ist diese Voraussetzung nicht gegeben, kann sich ein Versicherer auf die gesunden Versicherten in guten wirtschaftlichen Verhältnissen beschränken und diesen trotz höherer Kostenbeteiligung eine günstige Prämie mit freier Wahl der Leistungserbringer anbieten.
- ◆ Folgen und ökonomische Anreize für die Leistungserbringer: Die verstärkte Förderung der Managed Care Modelle mit differenzierter Kostenbeteiligung bringt auch eine verstärkte Differenzierung zwischen den Leistungsanbietern der Grundversorgung und den Spezialisten.
- ◆ KVG Art. 64, Abs. 6 bietet heute schon eine Möglichkeit, die Kostenbeteiligung nach einzelnen Leistungen oder Leistungsgruppen abzustufen. Eine konkrete Auflistung der mit einer höheren Kostenbeteiligung zu belastenden Leistungen ist komplex, kann aber praktisch bei allen untersuchten Modellen als zusätzliches Kriterium für die Abstufung der Franchise beigefügt werden. Beispiele aus dem Ausland sind im Bericht enthalten.

⁶⁵ Parameter der zwei Kostenbeteiligungssysteme inkl. mögliche Wahlfranchisen und zugehörige Prämienrabatte. Weiter sind zu regeln, ob die Managed Care Modelle mittels Quersubventionen bzw. einem revidierten Risikoausgleich attraktiv gemacht werden sollen und welche Kostenbeteiligung in Regionen ohne Managed Care Modell gilt.

⁶⁶ d.h. nicht durch übermässige Solidaritätsleistungen in ein System gezwungen werden

7. Frühzeitige Koordination der Arbeiten mit den anderen Teilprojekten, insbesondere im Hinblick auf eine allenfalls erforderliche Änderung des Risikoausgleichs.
 - ◆ Der grösste Koordinationsbedarf besteht gegenüber dem Teilprojekt «Managed Care» und mit dem Teilprojekt «Risikoausgleich» bezüglich der Modelle mit differenzierter Kostenbeteiligung für die Mitglieder der Managed Care Modelle und für die übrigen Versicherten.
 - ◆ Verschiedene Gespräche und auch Berechnungen haben diesem Umstand Rechnung getragen.
8. Laufende Prüfung der von den anderen Teilprojektgruppen erarbeiteten Vorschläge. Sind sie gegenseitig vereinbar? Sind sie vereinbar mit dem System der sozialen Krankenversicherung?
 - ◆ Die verschiedenen Vorschläge (soweit bekannt) sind in die Überlegungen der Arbeitsgruppe eingeflossen.
9. Beschaffen von Zahlen und Fakten für die Analyse der Vorschläge.
 - ◆ Auf Antrag des Teilprojektleiters hat santésuisse ein umfangreiches Datenmaterial zur Verfügung gestellt, welches für die meisten der definierten Modelle zum Teil fein strukturierte Modellrechnungen ermöglicht haben.
 - ◆ Zum Thema Verhaltensänderung der Versicherten bei hoher Kostenbeteiligung konnten verschiedene ausländische Studien herangezogen werden.
 - ◆ Die wichtigsten ausländischen Kostenbeteiligungslösungen sind ebenfalls im Bericht zusammengefasst.
10. Verfassen eines Schlussberichts über das Teilprojekt.
 - ◆ Mit dem vorliegenden Bericht beendet die Arbeitsgruppe «Kostenbeteiligung» ihre Tätigkeit.

Anhang 1: Tabellen und Grafiken

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1	Parameter der geltenden Kostenbeteiligung	8
Tabelle 2	Parameter der ab 1. Januar 2004 geltenden Kostenbeteiligung	9
Tabelle 3	Mitglieder der Arbeitsgruppe Kostenbeteiligung	48
Tabelle 4	Abzugsmöglichkeiten von Krankheitskosten ²⁰	51
Tabelle 5	Grenzprämien für die Wahlfranchisen (Kinder)	54
Tabelle 6	Grenzprämien für die Wahlfranchisen (Erwachsene)	54
Tabelle 7	Umfang der Daten von santésuisse	57
Tabelle 8	Einkommens- und Verbrauchserhebung 1998 (EVE 98) des BfS	58
Tabelle 9	KOBE Modelle mit aRF 30 % für Kinder	60
Tabelle 10	KOBE Modelle mit aRF 20 % für Erwachsene	60
Tabelle 11	Modellrechnungen zur Variante E I	73
Tabelle 12	Modellrechnungen zur Variante E II	75
Tabelle 13	Mindest- und Maximalbeträge für Variante L I	76
Tabelle 14	Absolute und relative Reduktionsfaktoren Variante L II; Erwachsene	79
Tabelle 15	Absolute und relative Reduktionsfaktoren Variante L II; Kinder	80
Tabelle 16	Modellrechnungen zur Variante L III	82
Tabelle 17	Parameter der geltenden Kostenbeteiligung	83
Tabelle 18	Parameter für die Variante K I	84
Tabelle 19	Parameter für die Kombination der Varianten K I und L III	84
Tabelle 20	Notwendige Reduktion der heute geltenden Rabattsätze	87
Tabelle 21	Neue Abstufung der wählbaren Franchisen	87
Tabelle 22	Modellrechnungen Erwachsene für die Variante K I	87
Tabelle 23	Modellrechnungen Kinder für die Variante K I	88
Tabelle 24	Modellrechnungen für die Variante K II	89
Tabelle 25	Modellrechnungen für die Variante K III	90
Tabelle 26	Kurzfristige Anpassung per 1. Januar 2004	110
Tabelle 27	Mittelfristige Anpassung per 1. Januar 2005	111
Tabelle 28	Schematische Darstellung der Zuzahlungsregelungen	126
Tabelle 29	Schematische Darstellung der Befreiungsregelungen	127

Tabelle 28 Schematische Darstellung der Zuzahlungsregelungen

Land	Arzt		Physio		Psychoth.		Zaz.		Z'ersatz	
A	G		%		K		G	%	G	%
D	0		%		0		0		100%	%
S	G		G		G		%		%	
B	%		%		100%		%		%	
F	%		%		100%		%		%	
J	%		%		100%		%		%	
NL	0	%	%		G		0		100%	
CH	%	F	%	F	%	F	100%		100%	
USA	%	F	%	F	%		100%		100%	
CAN	0		G		100%		100%		100%	
UK	0		0		0		%		%	

Land	Medikamente		Hilfsmittel			Spital		Kuren		Fahrkosten	
A	G		%			G	%	G		0	
D	G		0		K	G		G		G	
S	%	F	100%	G	0	G		100%	G	G	
B	%		0		K	G		100%	G	%	
F	%		%		K	G	%	%		%	
J	G		100%		K	%		100%	%	100%	0
NL	%		0	%	K	G		100%	G	%	
CH	%	F	%	F	K	%	F	%	F	%	
USA	100%		100%			G		100%	G	%	F
CAN	100%		100%			0		100%	0	G	
UK	G		100%	0		0		100%	0	0	100%

Legende

0	keine Zuzahlung
F	Franchise
%	Prozentuale Zuzahlung
K	Kassenzuschuss, Festbetrag
G	Gebühren (Festbetrag pro Behandlung oder Tag)
100%	keine Pflichtleistung (abgesehen von Ausnahmen)

Gruppe

1	Überwiegend Gebühren als Zuzahlung
2	Überwiegend prozentuale Zuzahlung
3	Überwiegend Franchise mit prozentualer Zuzahlung
4	Überwiegend keine Zuzahlung

Quelle: «Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich»; © BASYS, 1998

Tabelle 29 Schematische Darstellung der Befreiungsregelungen

Land	Arzt				Physio			Psychoth.	
A	K	SI	MI	B	0			0	
D	0				K	SI	B	0	
S	MI			B	0			0	
B	SI			MI	SI		B	0	
F	SI		MI		MI		SI	0	
J	SI		B		SI		B	0	
NL	0	SI		B	MI			0	
CH	K	MI		B	K	MI	B	0	MI
USA	0			B	0		B	0	B
CAN	0				0			0	
UK	0				0			0	

Land	Zaz.				Z'ersatz				Fahrkosten		
A	K		SI		K		SI		0		
D	0				SI			B	SI	K	B
S	K				K				0		
B	SI		0		SI		B		MI		
F	0		SI		SI		MI		MI		SI
J	SI		B		SI		B		0		
NL	0				0				SI		B
CH	MI		B		MI		B		0		
USA	0				0				0		B
CAN	K				0				SI		MI
UK	K	SI	MI	B	K	SI	MI	B	MI		

Land	Medikamente				Hilfsmittel			Spital			Kuren		
A	SI			B	K	SI		0		B	SI		
D	K	SI	MI	B	0			K		B	SI	K	MI
S	MI			B	MI	0		K			0		K
B	SI		MI	B	0		B	SI	K	B	0	SI	MI
F	MI			SI	MI		SI	MI	SI	B	MI		
J	SI			B	MI			SI		B	0	SI	B
NL	SI			B	MI			0			0	SI	B
CH	K		MI	B	0		MI	K	MI	B	0		B
USA	MI				MI			0		B	0		B
CAN	MI		SI	B	SI	MI	K	0			0		
UK	K	SI	MI	B	K		SI	0			0		

Legende	
K	Kinder
B	Überforderungsbegrenzung
SI	Soziale Indikation
MI	Medizinische Indikation
0	keine Regelung bzw. entfällt

Quelle: «Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich»; © BASYS, 1998

Verzeichnis der Grafiken

Die Excel Grafiken sind im Internet unter: www.bag.admin.ch (Rubrik Krankenversicherung) abrufbar. Sie sind im Text unter den nachfolgend aufgeführten Seiten besprochen und erläutert.

Grafik 1	Jahresprämie plus KOBE in Abhängigkeit der Kosten (Kinder)	54
Grafik 2	Jahresprämie plus KOBE in Abhängigkeit der Kosten (Erwachsene)	54
Grafik 3	Vergleich von KOBE Modellen bis 1'500 Franken Behandlungskosten	56
Grafik 4	Vergleich von KOBE Modellen bis 10'000 Franken Behandlungskosten	57
Grafik 5	Datenstruktur santésuisse 2001; Alter 0 – 18; Kinder	57
Grafik 6	Datenstruktur santésuisse 2001; Alter 19+; Erwachsene	57
Grafik 7	AHV Jahreseinkommen 2000	57
Grafik 8	Absolute Reduktionsfaktoren; Franchisen bis zu 500 Franken; Kinder	59
Grafik 9	Absolute Reduktionsfaktoren; Franchise bis zu 2'000 Franken; Kinder	60
Grafik 10	Absolute Reduktionsfaktoren; Franchisen bis zu 1'000 Franken; Erwachsene	60
Grafik 11	Absolute Reduktionsfaktoren; Franchisen bis zu 5'000 Franken; Erwachsene	60
Grafik 12	Absolute Reduktionsfaktoren pro Altersgruppe	61
Grafik 13	Relative Reduktionsfaktoren pro Altersgruppe	61
Grafik 14	Absolute Reduktionsfaktoren; Erwachsene, nach Kanton	61
Grafik 15	Relative Reduktionsfaktoren; Erwachsene, nach Kanton	61
Grafik 16	Relative Reduktionsfaktoren Kinder; IST – SOLL	90
Grafik 17	Relative Reduktionsfaktoren Erwachsene; IST – SOLL	90
Grafik 18	Vergleich der KOBE Modelle K I und K II; Kinder	91
Grafik 19	Vergleich der KOBE Modelle K I und K II; Erwachsene	91

Anhang 2: Publikationen zum Thema «Verhaltens- änderung der Versicherten bei höherer Kostenbeteiligung»

Basisdokumente zum RAND Health Insurance Experiment (HIE)

RAND Health Insurance Experiment [in Metropolitan and Non-Metropolitan Areas of the United States], 1974-1982

Newhouse, Joseph P.

Quelle: <http://www.icpsr.umich.edu:8080/ICPSR-STUDY/06439.xml>

Summary

Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Newhouse, Joseph P., and the Insurance Experiment Group, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1993. This randomized experiment addressed two key questions in health care financing: how much more medical care will people use if it is provided free of charge, and what are the consequences for their health? For three or five year periods the experiment measured both use and health outcomes in populations representative of both urban and rural regions throughout the United States. Participants were enrolled in a range of insurance plans requiring different levels of copayment for medical care, from zero to 95 percent. The researcher found that in plans that reimbursed a higher proportion of the bill, patients used substantially more services—indeed, those who paid nothing used 40 percent more services than those required to pay a high deductible—but the effect on the health of the average person was negligible. Participants who were assigned at random to a well-established health maintenance organization used hospitals substantially less than those in the fee-for-service system, again with no measurable effect on the health of the average person.

The Health Insurance Experiment (HIE) was conducted from 1974 to 1982 in six sites across the country: Dayton, Ohio, Seattle, Washington, Fitchburg-Leominster and Franklin County, Massachusetts, and Charleston and Georgetown County, South Carolina. These sites represent four census regions (Midwest, West, Northeast, and South), as well as urban and rural areas. The HIE attempted to determine what effects alternative cost-sharing plans and a staff-model Health Maintenance Organization (HMO) had on the use of medical services and individual health outcomes. The main purpose of the experiment was to assess how the cost of health services affected individuals' use of services, their satisfaction with health care, the quality of their care, and the state of their health. To study the effects of health insurance coverage, a comprehensive method for measuring health and monitoring changes in health over time was developed. Health status was seen as having four dimensions: physical, mental, social, and physiological. Physical health focused on five categories of activities: self-care, mobility, exertion, role fulfillment, and leisure pursuits. Mental health focused on mood and anxiety disorders along with loss of control over feelings, thoughts, and behavior. Social health was assessed by the frequency of several kinds of participation, interaction, and resources, covering family and home, social life, and community involvement. Physiologic health was determined by looking at a number of physical disorders both in adults (aged 14 to 61) and children (aged 0 to 13) that would be easily traced over time and would be responsive to changes in the level and quality of medical care. For adults, acne, congestive heart failure, and sleeping pill and tranquilizer use were considered. For children, variables included allergic conditions (asthma, eczema, hay fever), anaemia, middle ear disease, hearing impairment, and vision impairment. Also included were general health measures based on single questions about health-related pain and worry, and a rating of health (excellent, good, fair, poor). Health habits described aspects of smoking, consumption of alcohol, weight, height, and exercise.

Extent of collection: 67 data files + machine-readable documentation (text and PDF) + SAS data definition statements + SPSS data definition statements + database dictionary

Anhang

Data type: survey data, experimental data, and administrative records data

Time period: 1974 -1982

Date of collection: 1974 -1982

Funding agency: U.S. Dept. of Health and Human Services.

Grant number: 016B-8001

Data source: household interviews, claims information, and medical screening examinations

Data format: LRECL with SAS and SPSS data definition statements and SAS transport files

Collection notes: (1) Due to the way missing data were coded, data definition statements were created to read all variables as alphanumeric only. To determine which variables need to be converted to either integer "I" or fixed-decimal "F", please refer to the appropriate documentation in Part 202, All RAND Dictionary Documentation Files. (2) The data files within some of the series names are not consecutively numbered. (3) Part 202, RAND Dictionary Documentation Files, is an ASCII text file and Parts 203-226 are codebooks provided as Portable Document Format (PDF) files. The PDF file format was developed by Adobe Systems Incorporated and can be accessed using PDF reader software, such as the Adobe Acrobat Reader. Information on how to obtain a copy of the Acrobat Reader is provided through the ICPSR Website on the Internet.

Sampling: A probability sample within each site was done by cluster sampling of census tracts and enumeration districts. Between 100 and 300 clusters were chosen in each site and every nth dwelling unit in a cluster was sampled, with n chosen to reach the required number of units for that site. Over the course of the experiment, information of some kind was obtained for 26,148 persons. There were 8,254 insured enrollees assigned to an experimental insurance treatment, and data were collected throughout their period of participation. Another 2,483 adjunct enrollees were not assigned to an insurance treatment but resided with insured enrollees or were members of a control group (669) in Dayton that was disbanded after a year. The remaining 15,411 persons who did not enroll are called "baseline-only" participants.

Universe: Eligible individuals living in households in four metropolitan areas: Seattle, WA, Dayton, OH, Charleston, SC, and Fitchburg-Leominster, MA, and in two rural counties: Franklin County, MA, and Georgetown County, SC. Eligibility criteria excluded those who were eligible for Medicare or who would become eligible during the experiment, those with family incomes over \$25,000 (1973 dollars), those who were institutionalized (jail, long-term hospital), and those in the military and their dependents, along with veterans with service-connected disabilities.

Related publications:

Newhouse, Joseph P. "Free for All: Lessons From the RAND Health Insurance Experiment." Cambridge, MA: Harvard University Press, 1993.

Held, Philip J. "Site Selection Criteria for the Health Insurance Study." N-2266-HHS. Santa Monica, CA: The RAND Corporation, May 1985.

Bibliographic citation:

Newhouse, Joseph P. RAND HEALTH INSURANCE EXPERIMENT [IN METROPOLITAN AND NON-METROPOLITAN AREAS OF THE UNITED STATES], 1974-1982 [Computer file]. ICPSR version. Santa Monica, CA: The RAND Corporation [producer], 1986. Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research [distributor], 1999.

Version history:

Hardcopy codebooks were converted to Portable Document Format (PDF) and have been added to the collection as Parts 203-226.

February 23, 1998 - Missing cases have been added to Part 91, Medical Disorders Series: Adults at Enrollment and Exit, and its corresponding SAS data definition statements (Part 92) and SAS transport file (Part 93).

Date updated: 1999-11-19

Date added: 1995-06-05

Hardcover - 501 pages (January 1994)

Quelle: <http://hallprofessions.com/insurance/160.shtml>.

by Joseph P. Newhouse, Insurance Experiment Group

Harvard Univ Pr; ISBN: 0674318463 ; Dimensions (in inches): 1.72 x 9.55 x 6.47

Reviews; Booknews, Inc. , February 1, 1994

Newhouse (health policy and management, Harvard U.), who directed the project, collects and draws conclusions from results dispersed through many journals over many years, regarding the famous health insurance study in which researchers from the RAND Corporation devised an experiment to address two key questions in health care financing: how much more medical care will people use if it is provided free of charge, and what are the consequences for their health? Annotation copyright Book News, Inc. Portland, Or.

In the most important health insurance study ever conducted researchers at the RAND Corporation devised all experiment to address two key questions in health care financing: how much more medical care will people use if it is provided free of charge, and what are the consequences for their health? For three- or five-year periods the experiment measured both use and health outcomes in populations carefully selected to be representative of both urban and rural regions throughout the United States. Participants were enrolled in a range of insurance plans requiring different levels of copayment for medical care, from zero to 95 percent. The researchers found that in plans that reimbursed a higher proportion of the bill, patients used substantially more services - indeed, those who paid nothing used 40 percent more services than those required to pay a high deductible - but the effect on the health of the average person was negligible. In addition, participants who were assigned at random to a well-established health maintenance organization used hospitals substantially less than those in the fee-for-service system, again with no measurable effect on the health of the average person. This book collects in one place for the first time results previously dispersed through many journals over many years. Drawing comprehensive, coherent conclusions from an immense amount of data, it is destined to be a classic work serving as an invaluable reference for all those concerned with health care policy - health service researchers, policymakers in both the public and the private sectors, and students.

Publikationen zu Spezialfragen und Spezialauswertungen

Quelle: <http://www.rand.org/health/Cites/status1985-1989.html>

Use of Medical Care in the RAND Health Insurance Experiment: Diagnosis- and Service-Specific Analyses in a Randomized Controlled Trial

Document No: R-3469-HHS **Year:** 1986 **Pages:** vii, 117 **ISBN:** 0833007793

Author(s): Kathleen N. Lohr, Robert H. Brook, Caren J. Kamberg, George A. Goldberg, Arleen A. Leibowitz, Joan Keesey, David Reboussin, Joseph P. Newhouse

Cost: \$ 15.00

Keywords: Health surveys; Medical care, Cost of; Insurance, Health; Deductibles and Coinsurance; Diagnosis-Related Groups; Health Services–utilization

Abstract: In the RAND Health Insurance Experiment (HIE), cost-sharing reduced the probability of using medical care across a wide spectrum of individual conditions and reasons for seeking care, perhaps somewhat more for acute illnesses and preventive care than for chronic disease. It had equivalent effects in curtailing use of highly effective and only rarely effective medical care, suggesting that it did not have an especially selective impact. Finally, it influenced care-seeking behaviors for persons of low income more than for persons of greater means, and it especially deterred the use of medical care by poor children. In interpreting these findings on the use of ambulatory care in the context of previously reported health status results from the HIE, this report, which originally appeared in *Medical Care*, v. 24, no. 9, Sept. 1986, suggests that one way to explain why so few adverse effects of cost-sharing were detected may be certain offsetting effects of the additional services received by persons with free care: i.e., at the margin, the negative effects of unnecessary or inappropriate care tend to balance the beneficial effects of appropriate care. This supposition leads the authors to consider several research and policy implications in the areas of measuring patient outcomes, improving the nature and dissemination of information to patients, improving quality-of-care assessment and assurance techniques, and assessing several health care financing options for the disadvantaged.

Effects of Mental Health Insurance: Evidence from the Health Insurance Experiment.

Document No: R-3815-NIMH/HCFA **Year:** 1989 **Pages:** xi, 45 **ISBN:** 08330010174

Author(s): Willard G. Manning, Kenneth B. Wells, Joan Buchanan, Emmett B. Keeler, Robert Otto Burciaga Valdez, Joseph P. Newhouse

Cost: \$ 15.00

Keywords: Mental health; Insurance, Mental health; Mental health services; Insurance, Health; Mental Health Services–economics; Mental Health Services–utilization

Abstract: Using data from the RAND Health Insurance Experiment, the authors examined the effect of mental health insurance on individuals' mental health outcomes, use of mental health services, and economic welfare. Variation in cost sharing induced no significant change over time in mental health status averaged over all beneficiaries. However, there were interactions among plan, initial mental health status, and income. Those with initially good mental health status who were poor had better outcomes under cost sharing than under free care. Those who initially had poor mental health status had a relatively more favorable response to free care, but the research did not determine whether they were absolutely better off under free care. The authors also considered the tradeoff between the loss from overconsumption of mental health care because it is insured and the gain from reducing families' financial risks that stem from unanticipated use of mental health services. The results suggest that for an individual or family, the optimal coinsurance rate for outpatient mental health services is between 25 and 50 percent with a \$1,000 ceiling annually on out-of-pocket payments for individuals, or \$2,000 per family for all health services (in 1986 dollars) subject to an annual limit of 52 covered outpatient mental health visits.

Scoring Manual, Adult Health Status and Patient Satisfaction Measures Used in RAND's Health Insurance Experiment.

Document No: N-2190-HHS **Year:** 1988 **Pages:** xvi, 229

Author(s): Allyson Ross Davies, Cathy Donald Sherbourne, Jane Peterson, John E. Ware

Cost: \$ 20.00

Keywords: Health surveys; Health Status; Patient Satisfaction; Health Surveys

Abstract: This Note (1) presents the self-administered health status and attitudinal batteries that RAND's Health Insurance Experiment assessed on adults and (2) documents their scoring rules. It is intended for those who plan to use or adapt these measures for their own research. Each chapter discusses a particular set of measures: physical and role functioning, mental health, social resources and contacts, general health perceptions, serious and minor symptoms, medical care satisfaction, and dental care satisfaction. Also discussed are frequency distributions and the handling of missing data.

The Demand for Episodes of Medical Treatment in the Health Insurance Experiment.

Document No: R-3454-HHS **Year:** 1988 **Pages:** xvi, 119 **ISBN:** 0833008455

Author(s): Emmett B. Keeler, Joan Buchanan, John E. Rolph, Janet M. Hanley, David Reboussin

Cost: \$ 15.00

Keywords: Medical care, Cost of Statistics; Medical care–Utilization Statistics; Deductibles and Co-insurance; Insurance, Health–economics

Abstract: This report contains a statistical and economic analysis of data on the demand for medical care from the RAND Health Insurance Experiment, a large-scale social experiment designed to assess how varying patients' cost of health services affects their use of services and their health status. The report presents final results for medical spending organized by episodes, an effective and fairly new approach to the study of demand. It also presents results from a new model that uses statistical estimates to simulate spending on episodes of treatment by a representative group of families. A major finding is that price affects the number of episodes chosen by participants and has much smaller effects on the cost of each episode. The simulation results show that small deductibles can be effective in restraining demand, and that individual caps on out-of-pocket spending need not exceed \$1,000 per year to eliminate most overuse. Large deductibles greatly increase financial risk without substantially reducing excess use. Individual deductibles are generally preferable to family deductibles.

How Free Care Reduced Hypertension of Participants in the RAND Health Insurance Experiment.

Document No: R-3326-HHS **Year:** 1985 **Pages:** xii, 38 **ISBN:** 0833006827

Author(s): Emmett B. Keeler, Robert H. Brook, George A. Goldberg, Caren J. Kamberg, Joseph P. Newhouse

Cost: \$ 15.00

Keywords: Rand Health Insurance Experiment; Medical care, Cost of; Medical care–Utilization; Insurance, Health; Hypertension–Prevention; Delivery of Health Care; Health; Hypertension–prevention & control; Insurance, Health

Abstract: In a controlled trial of the effects of medical insurance on spending and health status, the authors previously reported lower average diastolic blood pressure levels (0.8 mm Hg) with free care than with cost-sharing plans. In this report they show that for clinically defined hypertensives, blood pressure levels with free care were significantly lower (1.9 mm Hg) with larger differences for low-income hypertensives than for high-income ones (3.5 compared with 1.1 mm Hg), but with similar differences between blacks and whites. The cause of the difference was the additional contact with physicians under the free-care plan; this led to better detection and treatment of hypertensives not under care at the start of the study. Free care also led to higher compliance by hypertensives with diet and smoking recommendations, and higher use of medication by those who needed it.

Health Insurance: The Trade-off Between Risk Pooling and Moral Hazard.

Document No: R-3729-NCHSR **Year:** 1989 **Pages:** xiii, 60 **ISBN:** 0833010166

Author(s): Willard G. Manning, M. Susan Marquis

Cost: \$ 15.00

Keywords: Insurance, Health; Risk (Insurance); Financial Management; Health Services--economics; Health Services--utilization; Health Services Research

Abstract: Choosing economically optimal health insurance coverage involves a tradeoff between risk reduction and the overuse of health care. The economic purpose of insurance is to reduce financial uncertainty or risk--the more health insurance lowers the risk, the greater will be the increase in social well-being. But increases in health insurance also increase the amount of medical care demand, because insurance lowers the out-of-pocket cost of health care--the larger the demand response of medical care to cost sharing, the greater the decrease in social well-being, due to the purchase of too much health care. This report examines this tradeoff empirically by estimating both the demand for health insurance and the demand for health services. It relies on data from a randomized controlled trial of cost sharing's effects on the use of health services and on the health status for a general, nonelderly (under age 65) population. The results suggest that the optimal coinsurance rate (percentage of the health care bill paid directly by patients) should be about 50 percent. Although this estimate is higher than the 30 percent now paid out of pocket, the estimated economic loss from the discrepancy is quite modest. However, there is a substantial economic loss for up to 40 million Americans resulting from the lack of insurance.

The Effect of Cost Sharing on the Use of Antibiotics in Ambulatory Care: Results from a Population-Based Randomized Controlled Trial.

Document No: N-2712-HHS/RC **Year:** 1987 **Pages:** 9

Author(s): Betsy Foxman, Robert Otto Burciaga Valdez, Kathleen N. Lohr, George A. Goldberg, Joseph P. Newhouse, Robert H. Brook

Cost: \$ 15.00

Keywords: Antibiotics--Economic aspects; Chemotherapy--Economic aspects

Abstract: Little is known about how generosity of insurance and population characteristics affect quantity or appropriateness of antibiotic use. Using insurance claims for antibiotics from 5,765 non-elderly people who lived in six sites in the United States and were randomly assigned to insurance plans varying by level of cost-sharing, the authors describe how antibiotic use varies by insurance plan, diagnosis and health status, geographic area, and demographic characteristics. People with free medical care used 85 percent more antibiotics than those required to pay some portion of their medical bills (controlling for all other variables). Antibiotic use was significantly more common among women, the very young, patients with poorer health, and persons with higher income. Use of antibiotics for viral, viral-bacterial, and bacterial conditions did not differ between free and cost-sharing insurance plans, given antibiotics were the treatment of choice. Cost sharing reduced inappropriate and appropriate antibiotic use to a similar degree.

Quelle: MEDLINE, www.pubmed.org,
Suchbegriffe costsharing + Newhouse J.

The effect of cost sharing on the use of chiropractic services.

Med Care 1996 Sep;34(9):863-72

Shekelle PG, Rogers WH, Newhouse JP.

West Los Angeles Department of Veterans Affairs Medical Center, California, USA.

OBJECTIVES: Chiropractic care is increasing in the United States, and there are few data about the effect of cost sharing on the use of chiropractic services. This study calculates the effect of cost sharing on chiropractic use. **METHODS:** The authors analyzed data from the RAND Health Insurance Experiment, a randomized controlled trial of the effect of cost sharing on the use of health services. Families in six US sites were randomized to receive fee-for-service care that was free or required one of several levels of cost sharing, or to receive care from a health maintenance organization (HMO). Enrollees were followed for 3 or 5 years. All fee-for-service plans covered chiropractic services. Persons assigned to the HMO experimental group received free fee-for-service chiropractic care; persons in the HMO control group had 95% cost sharing for chiropractic services. The authors calculated the mean annual chiropractic expense per person in each of the fee-for-service plans, and also predicted their chiropractic expenditures using a two-equation model. Chiropractic use among persons receiving HMO and fee-for-service care were compared. **RESULTS:** Chiropractic care is very sensitive to price, with any level of coinsurance of 25% or greater decreasing chiropractic expenditures by approximately half. Access to free chiropractic care among HMO enrollees increased chiropractic use ninefold, whereas access to free medical care decreased fee-for-service chiropractic care by 80%.

CONCLUSIONS: Chiropractic care is more sensitive to price than general medical care, outpatient medical care, or dental care, or and nearly as sensitive as outpatient mental health care. A substantial cross-price effect with medical care may exist.

PMID: 8792777 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Effects of cost sharing in health insurance on disability days.

Health Policy 1991 Jul;18(2):131-9

Rogers WH, O'Rourke TW, Ware JE Jr, Brook RH, Newhouse JP.

RAND Corporation, Santa Monica, CA.

We assess how cost sharing for medical services affects restricted activity days (RADs) and work loss disability days (WLDs), using data from a controlled experiment. We grouped the experimental insurance plans into four categories, one providing free care and the other three requiring varying amounts of cost sharing. RADs per person per year decreased by one to two days with greater cost sharing, with the strongest effects among those of average or poor health status, especially the non-poor. Unlike RADs, WLDs showed no systematic differences by plan.

PMID: 10112584 [PubMed - indexed for MEDLINE]

How free care improved vision in the health insurance experiment.

Am J Public Health 1989 May;79(5):640-2

Erratum in:

Am J Public Health 1989 Dec;79(12):1677

Lurie N, Kamberg CJ, Brook RH, Keeler EB, Newhouse JP.

Department of Medicine, University of California, Los Angeles.

We studied reasons for the improvement in the functional vision of enrollees receiving free care in the Rand Health Insurance Experiment. Among low income enrollees, 78 per cent on the free plan and 59 per cent on the cost-sharing plans had an eye examination; the proportions of those obtaining lenses were 30 per cent and 20 per cent, respectively. Visual acuity outcomes of low income vs non-poor enrollees were more adversely affected by enrollment in cost-sharing plans. Free care resulted in improved vision by increasing the frequency of eye examinations and lens purchases.

PMID: 2705602 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Effects of cost sharing on physiological health, health practices, and worry.

Health Serv Res 1987 Aug;22(3):279-306

Keeler EB, Sloss EM, Brook RH, Operskalski BH, Goldberg GA, Newhouse JP.

Economics and Statistics Department, RAND Corporation, Santa Monica, CA 90406.

In a randomized trial of the effects of medical insurance on spending and the health status of the non-aged, we previously reported that patients with limited cost sharing had approximately one-third less use of medical services, similar general self-assessed health, and worse blood pressure, functional far vision, and dental health than those with free care. Of the 20 additional measures of physiological health studied here on 3,565 adults, people with cost sharing scored better on 12 measures and significantly worse only for functional near vision. People with cost sharing had less worry and pain from physiological conditions on 33 of 44 comparisons. There were no significant differences between plans in nine health practices, but those with cost sharing fared worse on three types of cancer screening and better on weight, exercise, and drinking. Overall, except for patients with hypertension or vision problems, the effects of cost sharing on health were minor.

PMID: 3119520 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment.

Am Econ Rev 1987 Jun;77(3):251-77

Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis MS.

We estimate how cost sharing, the portion of the bill the patient pays, affects the demand for medical services. The data come from a randomized experiment. A catastrophic insurance plan reduces expenditures 31 percent relative to zero out-of-pocket price. The price elasticity is approximately -0.2. We reject the hypothesis that less favorable coverage of outpatient services increases total expenditure (for example, by deterring preventive care or inducing hospitalization).

PMID: 10284091 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Cost-sharing and the use of general medical physicians for outpatient mental health care.

Health Serv Res 1987 Apr;22(1):1-17

Wells KB, Manning WG Jr, Duan N, Newhouse JP, Ware JE Jr.

Many patients with emotional disorders receive their mental health care from general medical physicians. In this article, we examine differences in costs and style between mental health care delivered by mental health specialists and that provided by general medical physicians, and the sensitivity to insurance of the patient's choice of mental health care provider. We use data from a randomized trial of cost-sharing, the RAND Health Insurance Experiment. Even when all outpatient mental health care was free (up to 52 visits a year), one-half of the users of outpatient mental health services visited general medical providers only. This half accounted for only 5 percent of outpatient mental health care expenditures, because the treatment delivered by general medical providers was much less intensive than that delivered by mental health specialists. Mental health status, at enrollment, was similar for those who received their mental health care from either provider group. Despite the large difference in cost of care, the choice of provider (mental health specialist versus general medical provider) was not sensitive to the generosity of insurance.

PMID: 3106267 [PubMed - indexed for MEDLINE]

The effect of cost sharing on the use of antibiotics in ambulatory care: results from a population-based randomized controlled trial.

J Chronic Dis 1987;40(5):429-37

Foxman B, Valdez RB, Lohr KN, Goldberg GA, Newhouse JP, Brook RH.

Little is known about how generosity of insurance and population characteristics affect quantity or appropriateness of antibiotic use. Using insurance claims for antibiotics from 5765 non-elderly people who lived in six sites in the United States and were randomly assigned to insurance plans varying by level of cost-sharing, we describe how antibiotic use varies by insurance plan, diagnosis and health status, geographic area, and demographic characteristics. People with free medical care used 85% more antibiotics than those required to pay some portion of their medical bills (controlling for all other variables). Antibiotic use was significantly more common among women, the very young, patients with poorer health, and persons with higher income. Use of antibiotics for viral, viral-bacterial, and bacterial conditions did not differ between free and cost-sharing insurance plans, given antibiotics were the treatment of choice. Cost sharing reduced inappropriate and appropriate antibiotic use to a similar degree.

PMID: 3104386 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans.

N Engl J Med 1986 Nov 13;315(20):1259-66

Siu AL, Sonnenberg FA, Manning WG, Goldberg GA, Bloomfield ES, Newhouse JP, Brook RH.

We examined geographic variation in the rate of inappropriate hospitalization and the effect of cost sharing on that rate. The medical records of 1132 adults hospitalized in a randomized trial of health insurance plans were reviewed by two physicians who were blinded to the patients' insurance plan. They judged 23 percent of the admissions to be inappropriate and an additional 17 percent to have been avoidable by the use of ambulatory surgery. The percentage of inappropriate admissions varied among six sites (from 10 to 35 percent), but areas with low total admission rates did not necessarily have low proportions of inappropriate admissions. In plans with cost sharing for all services, 22 percent of admissions and 34 percent of hospital days were classified as inappropriate, as compared with 24 percent of admissions and 35 percent of hospital days in the plan under which care was free to the patient (these differences were not statistically significant). Our data show that a substantial fraction of hospitalization is potentially avoidable. Because cost sharing did not selectively reduce inappropriate hospitalization, it is important to develop other mechanisms to do so.

PMID: 3773939 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Dental insurance and the oral health of preschool children.

J Am Dent Assoc 1986 Nov;113(5):773-6

Bailit HL, Newhouse J, Brook R, Duan N, Collins C, Hanley J, Chisick M, Goldberg G.

Using data from the Rand Health Insurance Experiment, the effects of cost-sharing plans on the health of the primary teeth in 264 children aged 3 to 5 years were investigated. From six areas in the United States, families were assigned at random to different dental and medical insurance plans. The plans varied in the amount of required cost sharing. Families participated in the study for 3 (70%) or 5 (30%) years. Children covered by the plan (requiring no cost sharing) had significantly fewer decayed teeth and deft (decayed, extracted, and filled teeth) at the end of the study than did children covered by the cost-sharing plans. No differences existed among plans in the number of extracted and restored teeth. Children of middle- and low-income families benefited most from having access to free dental care.

PMID: 3465793 [PubMed - indexed for MEDLINE]

How cost sharing affects the use of ambulatory mental health services.

JAMA 1986 Oct 10;256(14):1930-4

Manning WG Jr, Wells KB, Duan N, Newhouse JP, Ware JE Jr.

The less generous insurance coverage for mental health care has generated some controversy. The major unresolved question is how the demand for outpatient mental health care responds to cost sharing. We used data from a randomized trial of fee-for-service health insurance for the nonelderly to address this question. The study enrolled 5809 persons. The results are based on 19 819 person-years of data. One

hundred thirty-three percent more is spent on outpatient psychotherapy when care is free to patients than when they pay 95% of the fee, subject to an annual catastrophic limit. But, the absolute level of expenditure is low on all plans; \$32 per person per year with free care. The response to psychotherapy services to cost sharing is insignificantly larger than that for outpatient general medical services. We found no evidence that more generous coverage for outpatient psychotherapy decreases total health expenditures.

PMID: 3761499 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Is the teaching hospital an endangered species?

N Engl J Med 1985 Jul 18;313(3):157-62

Schwartz WB, Newhouse JP, Williams AP.

The nonmunicipal teaching hospital faces some special challenges in adapting to the increasingly austere fiscal environment in which all hospitals must operate. However, except in a few instances, such developments as constraints on Medicaid expenditures do not appear to be notably more serious for teaching hospitals than for their community counterparts. The teaching hospitals most closely connected with medical schools provide more charity care and carry more bad debt than community hospitals. But other teaching hospitals have about the same burden as their community counterparts. The most serious problem facing teaching hospitals results from new bases of prospective reimbursement, some of which do not adequately compensate hospitals that treat more «difficult» cases—that is, more expensive cases. Competitive providers of health care such as health maintenance organizations promise to reduce admissions at all types of hospitals; whether this reduction will selectively affect teaching hospitals is not yet clear. By contrast, the fiscal state of municipal teaching hospitals is far more precarious than that of their nonmunicipal counterparts. The ability of these institutions to maintain high-quality patient care and teaching programs is in considerable jeopardy.

PMID: 3925337 [PubMed - indexed for MEDLINE]

The demand for dental care: evidence from a randomized trial in health insurance.

J Am Dent Assoc 1985 Jun;110(6):895-902

Manning WG, Bailit HL, Benjamin B, Newhouse JP.

Using data from a randomized trial in health insurance, this paper examines the effect of cost sharing on use of dental services. The data come from a sample of the nonaged, noninstitutionalized civilian population of six urban and rural sites. We find that: reducing the level of cost sharing increases demand for dental services; and dental expenses rise 46% when the coinsurance rate falls from 95% to 0%, subject to a catastrophic limit on out-of-pocket expenses. Of this increase, two-thirds is attributable to an increase in the likelihood of visiting a dentist during the year. Moreover, there is a substantial surge in demand during the first year of more generous coverage. The first-year response to cost sharing is nearly twice the second-year response.

PMID: 3894470 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Consequences of cost-sharing for children's health.

Pediatrics 1985 May;75(5):952-61

Valdez RB, Brook RH, Rogers WH, Ware JE Jr, Keeler EB, Sherbourne CA, Lohr KN, Goldberg GA, Camp P, Newhouse JP.

Do children whose families bear a percentage of their health care costs reduce their use of ambulatory care compared with those families who receive free care? If so, does the reduction affect their health? To answer these questions, 1,844 children aged 0 to 13 years were randomly assigned (for a period of 3 or 5 years) to one of 14 insurance plans. The plans differed in the percentage of their medical bills that families paid. One plan provided free care. The others required up to 95% coinsurance subject to a +1,000 maximum. Children whose families paid a percentage of costs reduced use by up to one third.

For the typical child in the study, this reduction caused no significant difference in either parental perceptions of their child's health or in physiologic measures of health. Confidence intervals are sufficiently narrow for most measures to rule out the possibility that large true differences went undetected. Nor were statistically significant differences observed for children at risk of disease. Wider confidence intervals for these comparisons, however, mean that clinically meaningful differences, if present, could have been undetected in certain subgroups.

PMID: 3991284 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Effect of cost-sharing on the use of medical services by children: interim results from a randomized controlled trial.

Pediatrics 1985 May;75(5):942-51

Leibowitz A, Manning WG Jr, Keeler EB, Duan N, Lohr KN, Newhouse JP.

Health care expenditures of 1,136 children whose families participated in a randomized trial, The Rand Health Insurance Experiment, are reported. Children whose families were assigned to receive 100% reimbursement for health costs spent one third more per capita than children whose families paid 95% of medical expenses up to a family maximum. Outpatient use decreased as cost-sharing rose for a variety of use measures: the probability of seeing a doctor, annual expenditures, number of visits per year, and numbers of outpatient treatment episodes. Hospital expenditures did not vary significantly among children insured with varying levels of cost-sharing. Episodes of treatment for preventive care were as responsive to cost-sharing as episodes for acute or chronic illness. The results give no reason not to insure preventive care as liberally as care for acute illness.

PMID: 3991283 [PubMed - indexed for MEDLINE]

The demand for prescription drugs as a function of cost-sharing.

Soc Sci Med 1985;21(10):1063-9

Leibowitz A, Manning WG, Newhouse JP.

This paper estimates how cost-sharing affects the use of prescription drugs. The data for this analysis are derived from the Rand Health Insurance Experiment (HIE), a randomized controlled trial that randomly assigned participants to insurance plans with varying coinsurance rates and deductibles. Therefore, the cost-sharing they faced was independent of their health and demographic characteristics. The paper used HIE data from four sites to estimate how drug expenditures vary by insurance plan, and to compare the plan response for drugs with that for all ambulatory expenses. The findings show that: (1) individuals with more generous insurance buy more prescription drugs; (2) the cost-sharing response for drugs is similar to the response for all ambulatory medical services; (3) the Dayton, Ohio site had significantly greater drug expenditures per capita than the other sites studied and a significantly higher proportion of drugs sold by physicians; and (4) the proportion of brand-name drugs among all drugs purchased in pharmacies was not a function of insurance plan. In the Dayton, Ohio site, a significantly higher proportion of the drugs purchased in pharmacies were brand-name rather than generic.

PMID: 3936186 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Does free care improve adults' health? Results from a randomized controlled trial.

N Engl J Med 1983 Dec 8;309(23):1426-34

Brook RH, Ware JE Jr, Rogers WH, Keeler EB, Davies AR, Donald CA, Goldberg GA, Lohr KN, Masthay PC, Newhouse JP.

Does free medical care lead to better health than insurance plans that require the patient to shoulder part of the cost? In an effort to answer this question, we studied 3958 people between the ages of 14 and 61 who were free of disability that precluded work and had been randomly assigned to a set of insurance plans for three or five years. One plan provided free care; the others required enrollees to pay a

share of their medical bills. As previously reported, patients in the latter group made approximately one-third fewer visits to a physician and were hospitalized about one-third less often. For persons with poor vision and for low-income persons with high blood pressure, free care brought an improvement (vision better by 0.2 Snellen lines, diastolic blood pressure lower by 3 mm Hg); better control of blood pressure reduced the calculated risk of early death among those at high risk. For the average participant, as well as for subgroups differing in income and initial health status, no significant effects were detected on eight other measures of health status and health habits. Confidence intervals for these eight measures were sufficiently narrow to rule out all but a minimal influence, favorable or adverse, of free care for the average participant. For some measures of health in subgroups of the population, however, the broader confidence intervals make this conclusion less certain.

PMID: 6355851 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance.

N Engl J Med 1981 Dec 17;305(25):1501-7

Newhouse JP, Manning WG, Morris CN, Orr LL, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis KH, Marquis MS, Phelps CE, Brook RH.

A total of 7706 persons are participating in a controlled trial of alternative health-insurance policies. Interim results indicate that persons fully covered for medical services spend about 50 per cent more than do similar persons with income-related catastrophe insurance. Full coverage leads to more people using services and to more services per user. Both ambulatory services and hospital admissions increase. Once patients are admitted to the hospital, however, expenditures per admission do not differ significantly among the experimental insurance plans. In addition, hospital admissions for children do not vary by plan. The income-related cost sharing in the experimental plans affects expenditure by different income groups similarly, but adults' total expenditure varies more than children's. Sufficient data are not available on whether higher use by persons with free care reflects overuse, or whether lower use by those with income-related catastrophe coverage reflects underuse. Both may well be true.

PMID: 6795505 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Ausländische Studie mit Daten aus der Schweiz

Der Einfluss von freiwilligen Selbstbehalten in der gesetzlichen Krankenversicherung: Evidenz aus der Schweiz

A. Werblow und S. Felder^{67,68}

«Abstract: Die vorliegende Arbeit untersucht den Einfluss von Selbstbehalten in der gesetzlichen Krankenversicherung der Schweiz. Sie stützt sich auf Daten von 75 000 Personen aus dem Kanton Zürich, die von 1997 bis 1999 bei einer Schweizer Krankenkasse im Rahmen der Ordentlichen Krankenpflegeversicherung versichert waren. Das Gesetz räumt den Versicherten die Möglichkeit ein, sich über die minimale Kostenbeteiligung von 230 Franken hinaus für einen Selbstbehalt von bis zu 1500 Franken zu entscheiden. Weil die Versicherten ihren Vertrag in Erwartung ihres zukünftigen Bedarfs an medizinischer Versorgung auswählen, ist es methodisch anspruchsvoll, den Effekt von freiwilligen Selbstbehalten auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen zu schätzen. Unter Berücksichtigung der Endogenität der Vertragswahl können wir zeigen, dass Selbstbehalte zu einer signifikanten Reduktion der Ausgaben führen.»

«Einleitung: Aus Sicht einer Versichertengemeinschaft sind Selbstbehalte dann interessant, wenn sie Einfluss auf die Schadenswahrscheinlichkeit und -höhe haben. Treffen die Versicherten präventive Anstrengungen, damit es nicht zu einem Schaden kommt, und halten sich im Schadensfall mit Forderungen zurück, weil sie einen Teil der Kosten selber tragen, reduzieren sich die Ausgaben für die Versicherten

67 S. Felder und A. Werblow, Universität Magdeburg, «Der Einfluss von Zuzahlungen auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen: Empirische Evidenz aus der Schweiz», Jahrestagung der DGSMF bzw. DGMS, September 2001

68 Quelle: http://www.med.uni-Magdeburg.de/fime/institute/ismhe/pr_forschung/arztverhalten/index.htm

insgesamt. Bei umfassender Versicherungsdeckung hingegen fehlen die Anreize zur Vorsorge und Begrenzung der Leistungen im Schadensfall.

Die Krankenversicherung ist eine Versicherungssparte, bei der das Verhalten der Versicherten einen besonders großen Einfluss auf das Leistungsgeschehen hat (vgl. Schulenburg, 1986⁶⁹, sowie Zweifel, 1992⁷⁰). Durch gesunde Ernährung, ausreichende körperliche Betätigung, stressfreie Arbeit usw. wird die Wahrscheinlichkeit zu erkranken reduziert. Auch hat das Verhalten im Krankheitsfall, etwa die Auswahl der Therapie oder die Compliance des Patienten hinsichtlich der verordneten ärztlichen Leistungen signifikante Auswirkungen auf den Umfang der bezogenen Leistungen.

In diesem Beitrag wird der Einfluss von Kostenbeteiligungen der Versicherten auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen untersucht. Dies geschieht auf der Grundlage eines Datensatzes einer Schweizer Krankenkasse. Schweizer Daten eignen sich in zweifacher Hinsicht für eine solche Untersuchung. Erstens haben Selbstbehalte in der sozialen Krankenversicherung der Schweiz ihren festen Platz. Der obligatorische Teil der Krankenversicherung sieht einen minimalen absoluten Selbstbehalt von 230 Franken sowie einen proportionalen Selbstbehalt von 10% vor. Darüber hinaus kann sich der Versicherte für einen freiwilligen Selbstbehalt bis zu 1500 Franken entscheiden. Der zweite Vorteil besteht darin, dass es im Gegensatz zu Deutschland in der sozialen Krankenversicherung der Schweiz keine sektoriellen Budgets gibt, die dazu führen, dass die Information über die von den Versicherten bezogenen Leistungen verstreut bei verschiedenen Trägern vorliegen. Vielmehr sind die Daten der einzelnen Versicherten über die bezogenen Leistungen, seien es Medikamente, Hilfsmittel, ambulante oder stationäre Behandlungen bei den Krankenkassen vollständig vorhanden. Die Schweizer Daten geben demnach ein komplettes Bild des Leistungsgeschehens auf der Ebene des einzelnen Versicherten ab und erlauben somit, den Einfluss von variablen Elementen des Versicherungsvertrages auf die Inanspruchnahme von Leistungen zu untersuchen.

Die Auswirkungen der Kostenbeteiligung auf das Verhalten der Versicherten werden kontrovers diskutiert, vor allem in bezug auf die Rolle der freiwilligen Selbstbehalte. Zwar wird allgemein anerkannt, dass mit einem Anstieg der Selbstbehalte eine geringere Inanspruchnahme von Leistungen verbunden ist. Für die beobachtete Ausgabenreduktion kommen jedoch unterschiedliche Gründe in Frage, die wiederum entscheidenden Einfluss auf die Attraktivität von Selbsthalten für gesundheitspolitische Empfehlungen im politischen Prozess haben.

Die erste mögliche Ursache hängt mit der in der sozialen Krankenversicherung fehlenden Option zusammen, die Prämien nach dem Krankheitsrisiko der Versicherten zu differenzieren. Über das Instrument der Selbstbehalte kann es aber trotzdem zu einer Prämiendifferenzierung kommen. Für den Versicherten mit einem geringen Krankheitsrisiko sind Selbstbehalte interessant, denn mit der Wahl eines höheren Selbstbehaltes stellt er sich besser, vorausgesetzt die Prämie reduziert sich hinreichend stark. Versicherte mit hohem Krankheitsrisiko dagegen werden nicht für einen höheren Selbstbehalt optieren. Im Ergebnis zahlen niedrige Risiken geringere Krankenkassenbeiträge als hohe Risiken. Eine solche Entwicklung wird in der sozialen Krankenversicherung als unerwünscht betrachtet, deren Funktion gerade darin besteht, Einkommensverluste für Versicherte mit hohem Krankheitsrisiko zu vermeiden.

Eine zweite mögliche Ursache für den Rückgang der nachgefragten medizinischen Leistungen bei höheren Selbsthalten ist eine Verhaltensänderung der Versicherten. Ohne Selbstbehalte haben die Versicherten keinen finanziellen Anreiz, die Erkrankungswahrscheinlichkeit und die Höhe der Leistungen zu beeinflussen, da im Krankheitsfall volle Deckung besteht. Weil in der gesetzlichen Krankenversicherung der Leistungsumfang der Deckung nicht verhandelbar ist und Prämien nicht differenziert werden können, stellen Selbstbehalte ein wichtiges Instrument dar, das Verhalten der Versicherten zu beeinflussen. Falls das Instrument greift, so führen Selbstbehalte zu gesamtgesellschaftlichen Effizienzgewinnen. In dem Maße, wie Selbstbehalte die Nachfrage nach medizinischen Leistungen senken können, werden sie als Steuerungsparameter für die Politik attraktiv.

Der Schweizer Gesetzgeber war sich des Zielkonflikts zwischen Effizienz und Verteilung bei Selbsthalten in der sozialen Krankenversicherung offenbar bewusst. Um das Ausmaß ungünstiger Verteilungswirkungen zu Lasten der Kranken zu begrenzen, legte er maximal zulässige Prämienrabatte fest, die für freiwillige Selbstbehalte gewährt werden dürfen.⁷¹

69 Schulenburg, J.-M. Graf von der (1987), Selbstbeteiligung, Tübingen.

70 Zweifel, P. (1992, mit O. Waser), Bonus Options in Health Insurance, Dordrecht.

71 Vgl. BSV (2000a), Statistik der wählbaren Franchisen in der Krankenversicherung 1999, Bern.

Der Einfluss der Vertragsgestaltung auf das Verhalten der Versicherungsnehmer wird in der Literatur als Moral Hazard bezeichnet, während die endogene Wahl von Verträgen unter dem Begriff der Selbstselektion oder in einem verwandten Zusammenhang unter Adverser Selektion bekannt geworden ist.⁷² Beide Phänomene dürften das Nachfrageverhalten der Versicherten beeinflussen. Sie von einander zu trennen, ist deshalb vor allem eine empirische Aufgabe. Die Selbstselektion der Versicherten aufgrund der erwarteten zukünftig in Anspruch genommenen Leistungen muss von den Wirkungen des gewählten Vertrages auf die bezogenen Leistungen separiert werden. Aus ökonomischer Sicht führt die gemeinsame Schätzung in einem Gleichungssystem zu einem Identifikationsproblem (Holly et al., 1998,⁷³ Nicolet et al., 2001⁷⁴). In der Regel gelingt es daher nur in so genannten kontrollierten Experimenten, wie bspw. bei der bekannten RAND-Studie (z. B. Manning et al., 1987⁷⁵) oder in natürlichen Experimenten (z. B. Chiappori et al., 1998⁷⁶), die zwei Effekte von einander zu trennen. In beiden Fällen wird den Versicherten ein Vertrag mit einer bestimmten Kostenbeteiligung zugewiesen. Da für den Versicherten keine Ausweichmöglichkeiten bestehen, kann Selbstselektion definitionsgemäß nicht auftreten. Die Wirkung von Selbsthalten in solchen Experimenten ist entsprechend ausschließlich als Ausdruck des Moral Hazards zu interpretieren. In der sozialen Krankenversicherung der Schweiz haben die Versicherten wie bereits erwähnt die Wahl zwischen Verträgen mit unterschiedlicher Kostenbeteiligung. Selektionseffekte bei der Vertragswahl und Moral Hazard nach Abschluss des Vertrages treten gemeinsam auf. Unsere Untersuchung muss sich deshalb mit beiden Effekte befassen. Während andere Arbeiten den Einfluss von Selbsthalten auf die Häufigkeit, eine Ärztin aufzusuchen, analysieren (so z. B. Schellhorn, 2001⁷⁷), haben wir die Wirkung der freiwilligen Selbsthalte auf den Umfang der gesamten beanspruchten medizinischen Leistungen im Blick. Um Selektionseffekte von Moral Hazard-Effekten unterscheiden zu können, modellieren wir im Unterschied zu ähnlichen Arbeiten (vgl. Nicolet et al., 2001) ebenfalls die Vertragswahl explizit.⁷⁸ Dadurch wird es möglich, das oben angesprochene Identifikationsproblem zu lösen.»

«**Schlussfolgerungen:** Die vorliegende Arbeit untersucht die Wirkung von freiwilligen Selbsthalten, so genannten Wahlfranchisen, in der gesetzlichen Krankenversicherung der Schweiz. Nach unseren Schätzungen haben freiwillige Selbsthalte einen signifikanten Einfluss auf das Nachfrageverhalten der Versicherten. Bei Berücksichtigung der strategischen Wahl von höheren Franchisen – gesunde Versicherte werden eher für eine hohe Selbstbeteiligung optieren als kranke –, ergibt sich i) ein negativ signifikanter Effekt auf die Wahrscheinlichkeit einer positiven Nachfrage und ii) eine Reduktion der Nachfrage nach medizinischen Leistungen bei den Versicherten mit Wahlfranchisen im Vergleich zu den Versicherten mit der geringsten Franchise.

Absolute Selbsthalte haben in der Schweiz erhebliche Wirkungen auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Zuzahlungen könnten sich daher auch in der deutschen GKV als Instrument zur Kostendämpfung eignen.»

«**Ergebnisse:** Die Zuzahlungsregelungen haben einen signifikanten Einfluss auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Die Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines Jahres Leistungen in Anspruch zu nehmen, beträgt bei den Versicherten mit der gesetzlich vorgeschriebenen Mindestfranchise 80%, bei den Versicherten mit der maximalen Wahlfranchise jedoch lediglich 43%. Der Effekt steigt mit zunehmendem Alter der Versicherten. Auf der zweiten Stufe sind die Wirkungen ebenfalls signifikant: Eine um eine Stufe erhöhte Wahlfranchise reduziert den Umfang der Leistungsanspruchnahme um 7,7%. Wenn man Proxies für den Gesundheitszustand der Versicherten einbezieht, werden die Effekte geringer, bleiben jedoch signifikant.»

72 Adverse Selektion meint den Umstand, dass die Versicherer aufgrund privater Information der Versicherungsnehmer gezwungen sind, Verträge derart zu gestalten, dass günstige Verträge für hohe Risiken nicht attraktiv sind. Dies führt dazu, dass niedrige Risiken keine optimale Versicherungsdeckung erreichen können. Einen Überblick zu Moral Hazard, Selbstselektion und Adverser Selektion auf Versicherungsmärkten und insbesondere in der Krankenversicherung geben Cutler und Zeckhauser (2000). Zu Moral Hazard einschließlich der Unterscheidung zwischen ex ante und ex post vgl. Breyer und Zweifel (1997).

73 Holly, A., Gardiol, L., Domenighetti, G. und B. Bisig (1998), An Econometric Model of Health Care Utilization and Health Insurance in Switzerland, European Economic Review 42, 513-522.

74 Nicolet, Ch., Geoffard, P.-Y. und L. Gardiol (2001), Testing for Adverse Selection and Moral Hazard: an Econometric Study of Deductibles and Health Expenditures on Swiss Insurance Claims Data, Working Paper, University Lausanne.

75 Manning, W. G., Newhouse, J. P., Duan, N., Keeler E. B., Leibowitz, A. und S. Marquis (1987), Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment, American Economic Review 77, 3, 251-277.

76 Chiappori, P.-A., Durand, F. und P.-Y. Geoffard (1998), Moral Hazard and the Demand for Physician Services: First Lessons from a Natural Experiment, European Economic Review 42, 499-511.

77 Schellhorn, M. (2001), The Effect of Variable Health Insurance Deductibles on the Demand for Physician Visits, Health Economics 10, 441-456.

78 Nicolet et al. (2001) umgehen das Endogenitätsproblem der Franchisewahl durch die Trennung von ambulanten und stationären Leistungen in der Nachfrageschätzung. Sie nehmen an, dass finanzielle Anreize der Patienten im stationären Bereich keine Rolle spielen und schlussfolgern daher, dass Ausgabenunterschiede auf den unterschiedlichen Franchisestufen im stationären Bereich ausschließlich auf die Selektion zurückzuführen sei. Schellhorn (2001) dagegen berücksichtigt die Wahl der Versicherung bei der Nachfrageschätzung, allerdings in einem Zählmodell, dass sich auf die Schätzung von Arztkonsultationen beschränkt.

Anhang 3: Umsetzung der Varianten in der Gesetzgebung

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

Änderung vom

Entwurf vom 16. April 03

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom¹
beschliesst:

I

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 wird wie folgt geändert:

Modell E I: Einkommensabhängige Franchise

Art. 62 Abs. 2 Bst. a

² Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen, namentlich solche bei denen:

- a. aufgehoben

Art. 64 Abs. 2 Bst. a, 3, 3bis und 4

² Diese Kostenbeteiligung besteht aus:

- a. einem festen Jahresbetrag (Franchise), der grundsätzlich nach dem Einkommen der Versicherten abgestuft wird; und

³ Der Bundesrat setzt unterschiedlich hohe Franchisen nach schweizerisch einheitlichen Einkommenskategorien fest. Für die Zuteilung in diese Einkommenskategorien wird auf das steuerbare Einkommen gemäss Bundesgesetz vom 14. Dezember 1990 über die direkte Bundessteuer (DBG)² abgestellt. Die Steuerbehörden sind verpflichtet, den Versicherern die für die Zuteilung der Versicherten in diese Einkommenskategorien erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Für Versicherte, die dem DBG nicht unterliegen, legt der Bundesrat die Franchise nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit fest.

^{3bis} Der Bundesrat setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest. Zudem begrenzt er die Kostenbeteiligung je Familie auf einen Anteil ihres Einkommens.

⁴ Für Kinder wird keine Franchise erhoben, und es gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes. Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherten versichert, so sind für sie zusammen höchstens der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

Modell E II: Hohe Franchise

Art. 62 Abs. 2 Bst. a

² Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen, namentlich solche bei denen:

- a. aufgehoben

¹ BBl
² SR 642.11

Art. 64 Abs. 3 und 4

³ Der Bundesrat bestimmt die Franchise für Erwachsene und Kinder und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest. Zudem begrenzt er die Kostenbeteiligung je Familie auf einen Anteil ihres Einkommens.

⁴ Für Kinder gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person.

4. Abschnitt:

Prämienverbilligung und Vergütung der Kostenbeteiligung durch Beiträge der öffentlichen Hand

Art. 65 Prämienverbilligung und Vergütung der Kostenbeteiligung durch die Kantone

¹ Die Kantone gewähren den Versicherten in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen Prämienverbilligungen und vergüten ihnen einen Anteil der Kostenbeteiligung. Der Bundesrat kann die Anspruchsberechtigung auf versicherungspflichtige Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen, die sich längere Zeit in der Schweiz aufhalten.

² Die Prämienverbilligungen und die Vergütung der Kostenbeteiligung sind so festzulegen, dass die jährlichen Beiträge des Bundes und der Kantone nach Artikel 66 grundsätzlich voll ausbezahlt werden. Der Bundesrat bestimmt, welchen Anteil dieser Beträge die Kantone für die Prämienverbilligung und für die Vergütung der Kostenbeteiligung einzusetzen haben.

³ Die Kantone sorgen dafür, dass bei der Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen, insbesondere auf Antrag der versicherten Person, die aktuellsten Einkommens- und Familienverhältnisse berücksichtigt werden. Nach der Feststellung der Bezugsberechtigung sorgen die Kantone zudem dafür, dass die Auszahlung so erfolgt, dass die anspruchsberechtigten Personen ihre Prämien und ihre Kostenbeteiligung nicht vorschussweise bezahlen müssen.

⁴ Die Kantone informieren die Versicherten regelmässig über das Recht auf Prämienverbilligung und Vergütung der Kostenbeteiligung.

⁵ Die Versicherer sind verpflichtet, bei der Prämienverbilligung und der Vergütung der Kostenbeteiligung über die Bestimmungen von Artikel 82 Absatz 3 hinaus mitzuwirken, sofern sie dafür vom Kanton angemessen entschädigt werden.

⁶ unverändert

Art. 66 Abs. 1 und 5

¹ Der Bund gewährt den Kantonen jährlich Beiträge zur Prämienverbilligung und zur Vergütung der Kostenbeteiligung im Sinne der Artikel 65 und 65a.

⁵ Ein Kanton darf den nach Absatz 4 von ihm zu übernehmenden Beitrag um maximal 50 Prozent kürzen, wenn die Prämienverbilligung und die Vergütung der Kostenbeteiligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen trotzdem sichergestellt ist. Der Beitrag des Bundes an diesen Kanton wird im gleichen Verhältnis gekürzt. Der Bundesrat kann dazu nähere Bestimmungen erlassen.

Modell L I: Franchise je Ärztin

Da bei diesem Modell viele Fragen offen sind, wird kein Vorschlag für eine KVG-Änderung vorgelegt.

Modell L II: Franchise je Konsultation / Spitaltag

Art. 62 Abs. 2 Bst. a

² Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen, namentlich solche bei denen:

- a. aufgehoben

Art. 64 Abs. 2 bis 5

² Diese Kostenbeteiligung besteht aus:

- a. einem Betrag je Besuch bei einer Ärztin oder einem Arzt, einer Chiropraktorin oder einem Chiropraktor und einem Spital (ambulant) sowie je Aufenthaltstag im Spital (Franchise);
- b. einem zusätzlichen Betrag je Besuch bei einem weiteren Leistungserbringer nach Buchstabe a ohne Überweisung (Wechselfranchise); und
- c. einem prozentualen Anteil der die Franchisen und Wechselfranchisen übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

³ Der Bundesrat bestimmt die Franchise, die Wechselfranchise und den Selbstbehalt. Er umschreibt den Besuch bei einer Ärztin oder einem Arzt, einer Chiropraktorin oder einem Chiropraktor und einem Spital, den Aufenthaltstag im Spital sowie den Besuch bei einem weiteren Leistungserbringer nach Absatz 2 Buchstabe a ohne Überweisung. Er legt einen jährlichen Höchstbetrag für Franchise und Selbstbehalt fest. Die Wechselfranchise wird in diesem nicht berücksichtigt.

⁴ Für Versicherte, die eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 Absatz 4 abgeschlossen haben, betragen der Selbstbehalt und der jährliche Höchstbetrag für Franchise und Selbstbehalt höchstens zwei Drittel der Ansätze für die übrigen Versicherten. Dasselbe gilt für Versicherte, die in Regionen wohnen, in denen keine Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers angeboten wird.

⁵ Für Kinder betragen die Franchise, die Wechselfranchise und der jährliche Höchstbetrag für Franchise und Selbstbehalt höchstens die Hälfte der Ansätze für Erwachsene.

Modell L III: Managed Care / besondere Versicherungsformen

Art. 64 Abs. 2 Bst. b und 3

¹ Diese Kostenbeteiligung besteht aus:

- b. einem prozentualen Anteil der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

³ Der Bundesrat bestimmt die Franchise und den Selbstbehalt und setzt für diesen einen jährlichen Höchstbetrag fest. Für versicherte Personen, die in einer besonderen Versicherungsform gemäss Art. 62 versichert sind, gilt die Hälfte der Franchise, des Selbstbehaltes und des Höchstbetrages des Selbstbehaltes.

Modell K I: «Status quo Plus»

Ausser für eine Änderung des Selbstbehaltes (gemäss Art. 64 Abs. 2 Bst. b zehn Prozent) ist keine Änderung des KVG erforderlich.

Modell K II: Selbstbehalt

Art. 62 Abs. 2 Bst. a

² Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen, namentlich solche bei denen:

- a. aufgehoben

Art. 64 Abs. 1 bis 4 und 6 Bst. d

¹ Die Versicherten beteiligen sich anteilmässig an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen (Selbstbehalt).

² aufgehoben

³ Der Bundesrat bestimmt den Selbstbehalt und setzt einen jährlichen Höchstbetrag fest.

⁴ Für Kinder gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes. Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so sind für sie zusammen höchstens der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

⁶ Der Bundesrat kann:

- d. einzelne Leistungen der medizinischen Prävention vom Selbstbehalt ausnehmen. Dabei handelt es sich um Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Präventionsprogrammen durchgeführt werden.

4. Abschnitt:

Prämienverbilligung und Vergütung der Kostenbeteiligung durch Beiträge der öffentlichen Hand

Art. 65 Prämienverbilligung und Vergütung der Kostenbeteiligung durch die Kantone

¹ Die Kantone gewähren den Versicherten in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen Prämienverbilligungen und vergüten ihnen einen Anteil der Kostenbeteiligung. Der Bundesrat kann die Anspruchsberechtigung auf versicherungspflichtige Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen, die sich längere Zeit in der Schweiz aufhalten.

² Die Prämienverbilligungen und die Vergütung der Kostenbeteiligung sind so festzulegen, dass die jährlichen Beiträge des Bundes und der Kantone nach Artikel 66 grundsätzlich voll ausbezahlt werden. Der Bundesrat bestimmt, welchen Anteil dieser Beträge die Kantone für die Prämienverbilligung und für die Vergütung der Kostenbeteiligung einzusetzen haben.

³ Die Kantone sorgen dafür, dass bei der Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen, insbesondere auf Antrag der versicherten Person, die aktuellsten Einkommens- und Familienverhältnisse berücksichtigt werden. Nach der Feststellung der Bezugsberechtigung sorgen die Kantone zudem dafür, dass die Auszahlung so erfolgt, dass die anspruchsberechtigten Personen ihre Prämien und ihre Kostenbeteiligung nicht vorschussweise bezahlen müssen.

⁴ Die Kantone informieren die Versicherten regelmässig über das Recht auf Prämienverbilligung und Vergütung der Kostenbeteiligung.

⁵ Die Versicherer sind verpflichtet, bei der Prämienverbilligung und der Vergütung der Kostenbeteiligung über die Bestimmungen von Artikel 82 Absatz 3 hinaus mitzuwirken, sofern sie dafür vom Kanton angemessen entschädigt werden.

⁶ unverändert

Art. 66 Abs. 1 und 5

¹ Der Bund gewährt den Kantonen jährlich Beiträge zur Prämienverbilligung und zur Vergütung der Kostenbeteiligung im Sinne der Artikel 65 und 65a.

⁵ Ein Kanton darf den nach Absatz 4 von ihm zu übernehmenden Beitrag um maximal 50 Prozent kürzen, wenn die Prämienverbilligung und die Vergütung der Kostenbeteiligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen trotzdem sichergestellt ist. Der Beitrag des Bundes an diesen Kanton wird im gleichen Verhältnis gekürzt. Der Bundesrat kann dazu nähere Bestimmungen erlassen.

