



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Kostenbeteiligung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulats
Schmid-Federer vom 22.03.2013 (13.3250 «Auswir-
kung der Franchise auf die Inanspruchnahme von me-
dizinischen Leistungen»)

28.06.2017

Zusammenfassung

Das Prämiensystem der Schweiz kennt eine Vielzahl von Versicherungsmodellen und ist dadurch sehr komplex. Insgesamt werden vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) pro Jahr rund 250'000 Prämien genehmigt, wovon über die Hälfte von keinem einzigen Versicherten gewählt wird. Der Bundesrat hat in seiner Strategie «Gesundheit2020» festgehalten, dass die Anzahl der derzeit rund 250'000 Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verringert und damit das System vereinfacht werden soll.

Das EDI hat im Sommer 2015 eine Vorlage zur Revision der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) in Anhörung gegeben, die eine Streichung gewisser Wahlfranchisestufen und eine Kürzung des Prämienrabattes für Wahlfranchisen bei den Erwachsenen und bei den Kindern vorgesehen hat. Aufgrund der Anhörungsrückmeldungen hat das EDI beschlossen, die KVV Änderung zu sistieren, um grundlegende Fragen zur Kostenbeteiligung, Franchisewahl und Leistungsverzicht zuerst vertieft zu klären. Gleichzeitig sollen die vom Postulat Schmid-Federer (13.3250 «Auswirkung der Franchise auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen») gestellten Fragen beantwortet werden.

Der vorliegende Bericht behandelt verschiedene Aspekte bezüglich Leistungsbezug und Wahl der Franchise im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des Prämiensystems.

Dazu wurden verschiedene Datenquellen analysiert, die vorhandene Literatur konsultiert und eine Onlinebefragung der Versicherten durchgeführt (B,S,S. (2017) und Ecoplan (2017)). Neben diesen empirischen Analysen wird im Rahmen dieses Berichts eine rechtliche Abklärung bezüglich einkommensabhängiger Franchisen im Sinne des Postulats Schmid-Federer (13.3250) vorgenommen.

Kostenbeteiligung: Franchise, Selbstbehalt und Spitalbeitrag

Die Kostenbeteiligung setzt sich zusammen aus Franchise, Selbstbehalt und Spitalbeitrag. Bei den Franchisen haben die Versicherten die Möglichkeit, aus 6 verschiedenen Franchisen zwischen 300 Franken und 2'500 Franken (Kinder aus 7 Franchisen zwischen 0 und 600 Franken) zu wählen. Der Selbstbehalt beträgt 10 Prozent der die Franchise übersteigende Leistungskosten bis maximal 700 Franken pro Jahr (respektive 350 Franken bei Kindern). Der Spitalbeitrag beträgt 15 Franken pro Tag bei stationärem Spitalaufenthalt.

Wahl und Wechsel der Franchise

Für Erwachsene und junge Erwachsene mit Bruttoleistungen (d. h. Leistungen der Versicherer inkl. der Kostenbeteiligung) unter 1'500-2'000 Franken ist die höchste und bei höheren Leistungen die tiefste Franchise optimal. Die Anteile der Versicherten mit der tiefsten oder der höchsten Franchise, haben in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Mittlere Franchisen, die in der Regel nicht optimal sind, werden immer seltener gewählt. Allerdings wählen immer noch viele Versicherte tiefe Franchisen, obwohl sie nur geringe Leistungen in Anspruch nehmen. Umgekehrt beziehen nur wenige Versicherte mit hohen Franchisen hohe Leistungen. Versicherte mit zu tiefen Franchisen haben unnötig hohe Prämien und solche mit zu hohen Franchisen übermässige Kostenbeteiligungen. In beiden Fällen entlasten die Versicherten die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP). Der Gesamtbetrag beläuft sich auf knapp 10% des Prämienvolumens.

Die Ergebnisse der Studie B,S,S. (2017) zeigen, dass vor allem Versicherte mit schlechter Gesundheit und tiefem Einkommen tiefe Franchisen wählen. Junge Erwachsene haben im Durchschnitt tiefere Franchisen als die Erwachsenen und optimieren ihre Franchise erst oft mit Erreichen der Alterskategorie Erwachsene.

Die Franchisen werden häufig zusammen mit einem Wechsel des Versicherungsmodells erhöht, während Franchisesenkungen mit zunehmenden Alter der Versicherten, d.h. mit zunehmenden Krankheitsrisiken häufiger werden.

Mehrjährige Wahlfranchise

Um eine zeitlich beschränkte Senkung der Franchise aufgrund erwarteter hoher Leistung (z.B. im Hinblick auf eine geplante Operation) zu verhindern, will die parlamentarische Initiative Borer (15.468 «Stärkung der Selbstverantwortung im KVG») Wahlfranchisen ausschliesslich mit mehrjährigen Vertragsdauern zulassen. Vergleichsweise einfach ist dies nur umsetzbar, wenn die Versicherten trotz mehrjährigen Wahlfranchisen die Möglichkeit haben, ihren Versicherer jährlich zu wechseln.

Zeitlich beschränkte Senkungen der Franchise kommen gemäss Studie B,S,S. (2017) selten vor. Die Studie B,S,S. zieht dabei aufgrund einer Expertenbefragung den Schluss, dass sich vor allem junge, gesunde Versicherte mit finanzieller Stabilität für mehrjährige Wahlfranchisen entscheiden würden. Eine Onlinebefragung von Ecoplan (2017) ergab, dass die Akzeptanz mehrjähriger Wahlfranchisen bei den Versicherten gering ist und dass die Rabatte, die die Versicherten als Entschädigung für die mehrjährige Bindung erwarten, weit über den damit zu erwartenden Einsparungen bei den Kosten liegen. Gemäss einer groben Abschätzung des BAG liegen die Einsparungen bei knapp 5 Millionen Franken pro Jahr.

Leistungsbezug bei Wahlfranchisen

Die Leistungen, die die Versicherer pro Person bezahlen (durchschnittliche Nettoleistungen) nehmen mit zunehmender Franchisehöhe ab. Folgende drei Effekte bewirken diese Abnahme: Eine Verlagerung der Kosten vom Versicherer auf die Versicherten (höhere Franchise bedeutet höhere Kostenbeteiligung), die Selbstselektion (gesunde Versicherte wählen vermehrt hohe Franchisen) und eine Verhaltensänderung der Versicherten: Wenn Versicherte eine hohe Wahlfranchise wählen, beanspruchen sie weniger oder kostengünstigere medizinische Leistungen, da sie mehr Kostenbeteiligung bezahlen müssen. Dabei ist der Effekt der Selbstselektion bedeutend höher als der dritte Effekt. Dieser reduziert gemäss Literaturreview der Studie B,S,S. die Durchschnittskosten bei Versicherten mit eher leichten Erkrankungen, das heisst bei 30-40 Prozent der Versicherten mit hohen Wahlfranchisen (1'000 Franken oder höher) und moderaten Kosten.

Leistungsverzicht aus finanziellen Gründen

Die Inanspruchnahme von notwendigen medizinischen Leistungen soll auch bei geringen finanziellen Mitteln der Versicherten gewährleistet sein. Dies wäre gefährdet, wenn Versicherte aus finanziellen Gründen eine hohe Franchise wählen und im Erkrankungsfall auf notwendige Leistungen verzichten, weil die Kostenbeteiligung für sie nicht tragbar ist. Die Abgrenzung zwischen medizinisch notwendigen und unnötigen OKP-Leistungen ist in der Praxis schwierig. Daten für solche Unterscheidungen fehlen oder beruhen auf subjektiver Einschätzung. Deshalb sind die vorliegenden Resultate nur als grobe Einschätzung anzusehen. Die empirische Untersuchungen der Studie B,S,S. (2017) und die Analyse aus der Erhebung «International Health Policy Survey (IHP)» der Stiftung Commonwealth Fund der IHP Survey Daten sowie die Literaturreview der Studie B,S,S. (2017) haben ergeben, dass der Anteil der Personen, der auf medizinische Leistungen aus Kostengründen verzichtet, etwa 10 bis 20 Prozent beträgt, wobei hohe Franchisen und tiefes Einkommen die Wahrscheinlichkeit auf medizinischen Leistungsverzicht erhöht. Der Anteil der Personen, der auf medizinisch notwendige Leistungen verzichtet, befindet sich im unteren einstelligen Prozentbereich, wobei dieser Anteil bei Personen mit hohen Franchisen leicht höher ist. Ein erhöhter Leistungsverzicht von Familien konnte die Studie B,S,S. (2017) nicht finden.

Einkommensabhängige Franchisen

Die Einführung eines Systems, in welchem die Höhe der Franchise aufgrund des steuerbaren Einkommens oder der Anzahl unterstützungsbedürftiger Angehöriger bestimmt wird, wirft viele Fragen auf. Beispielsweise ist festzulegen, auf welcher Bemessungsgrundlage die Einkommen bestimmt werden und wie die Franchisen zu berechnen sind. Dabei dürfte es praktische Schwierigkeiten bei der Umsetzung geben, insbesondere in Fällen, in denen die versicherten

Personen kein Einkommen haben oder in einer neuen Form von Hausgemeinschaft leben. Ein solches System setzt zudem voraus, dass die Versicherer von den wirtschaftlichen Verhältnissen der versicherten Personen Kenntnis haben. Es ist zu prüfen, ob die Weitergabe solcher Informationen an die Versicherer kompatibel mit den Vorgaben des Datenschutzes ist.

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
CWF	Commonwealth Fund
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
IHP	International Health Policy Survey
IPV	Individuelle Prämienverbilligung
KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SILC	Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (Statistics on Income and Living Conditions)
WHO	World Health Organization

Inhaltsverzeichnis	5
1 Ausgangslage.....	6
2 Kostenbeteiligung in der Krankenversicherung: Franchise, Selbstbehalt und Spitalbeitrag	8
2.1 Franchise	8
2.2 Selbstbehalt	9
2.3 Spitalbeitrag	9
2.4 Kostenbeteiligung und optimale Franchise	10
2.5 Kostenbeteiligung bei Kindern	10
2.6 Kostenbeteiligung im internationalen Vergleich	11
3 Empirische Untersuchungen zu Franchisewahl, Wechselverhalten, sowie Leistungsbezug und -verzicht	11
3.1 Datengrundlage	12
3.2 Wahl und Wechsel der Franchisen	14
3.3 Mehrjährige Wahlfranchisen	16
3.4 Leistungsbezug bei Wahlfranchisen	18
3.5 Einkommensabhängige Franchisen	26
4 Schlussfolgerung	31
5 Anhang	34
6 Literaturverzeichnis	38

1 Ausgangslage

Mit dem Postulat 13.3250 Schmid-Federer "Auswirkung der Franchise auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen" wurde der Bundesrat beauftragt, die Auswirkung der Franchise auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zu prüfen. Insbesondere stellt sich die Frage,

1. ob die Höhe der Franchise aus Prämienspargründen so gewählt wird, dass diese für Versicherte nicht tragbar ist und so zu einem Verzicht auf Leistungen führt;
2. ob neben den tiefsten Einkommensklassen auch Familien der Mittelklasse mit zwei oder mehr Kindern oder mit unterstützungsbedürftigen Angehörigen wegen der höheren Franchise auf medizinische Leistungen verzichten;
3. ob allenfalls ein Systemwechsel denkbar ist, welcher die Höhe der Franchise aufgrund des steuerbaren Einkommens oder der Anzahl unterstützungsbedürftiger Angehöriger einer Familie festlegt.

Das Prämiensystem der Schweiz kennt eine Vielzahl von Versicherungsmodellen und ist dadurch sehr komplex. Insgesamt werden vom BAG pro Jahr rund 250'000 Prämien genehmigt, wovon über die Hälfte von keinem einzigen Versicherten gewählt wird. Der Bundesrat hat in seiner «Strategie «Gesundheit2020» festgehalten, dass die Anzahl der derzeit rund 250'000 Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verringert und damit das System vereinfacht werden soll.

Das EDI hat daher im Sommer 2015 eine Vorlage zur Revision der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) in Anhörung gegeben, die vorsieht, dass bei den Erwachsenen die selten gewählten Franchisen (das heisst 1000 und 2000 Franken) gestrichen werden. Bei den Kindern sollten nur noch die Wahlfranchisen in der Höhe von 400 Franken und von 600 Franken zur Verfügung stehen. Ausserdem war vorgesehen, die Rabatte auf den Prämien mit hohen Wahlfranchisen auf das versicherungsmässig notwendige Niveau zu senken, wie es auch in der KVV verlangt wird. Die Anhörung zur entsprechenden Änderung der KVV vom 17.08. bis 12.11.2015 hat gezeigt, dass der Vorschlag einer Vertiefung bedarf. Von den Anhörungsteilnehmenden wurde unter anderem befürchtet, dass die vorgesehenen Änderungen zu einer übermässigen Belastung der Versicherten mit hohen Wahlfranchisen führe, diese unattraktiver gemacht würden und das System dadurch verteuerte. Das EDI hat daher entschieden, die KVV-Änderung zu sistieren, um grundlegende Fragen zur Kostenbeteiligung, Franchisewahl und Leistungsverzicht vertieft zu klären. Gleichzeitig sollen die vom Postulat Schmid-Federer (13.3250 «Auswirkung der Franchise auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen») gestellten Fragen beantwortet werden.

Im Bereich der Kostenbeteiligung sind des Weiteren seit 2015 im Parlament mehrere Vorstösse eingereicht worden, die in ihrer Mehrheit eine Stärkung der Selbstverantwortung der Versicherten durch eine Erhöhung der Kostenbeteiligung anstreben.¹ Die Parlamentarische

¹ Ip. Bischofberger (15.3630 «Wählbare Franchisen in der Krankenversicherung»), Mo. Bischofberger (15.4157 «Franchisen der Kostenentwicklung der OKP anpassen»), Ip. Maier Thomas (15.3750 «KVG. Abschaffung der obersten Wahlfranchisen?»), Ip. Stolz (15.3172 «Selbstbehalt in der Krankenversicherung als Teil der Kostenbeteiligung. Wie weiter?» / 15.4002 «Regelmässige Anpassungen der Kostenbeteiligungselemente im KVG?»), Mo. Weibel (15.4222 «Richtige Anreize mit Wahlfranchisen»), Ip. Landolt (15.3132 «KVG - Anpassung der ordentlichen Franchise»), Mo. Landolt (16.3084 «Krankenversicherung. Anpassung der ordentlichen Franchise»), Mo. FDP-Liberale (16.3110 «Krankenversiche-

Initiative Borer (15.468 «Stärkung der Selbstverantwortung im KVG»), der die Kommissionen beider Räte Folge gegeben haben, will überdies die Vertragsdauer für Versicherte in Wahlfranchisen auf drei Jahre verlängern.

Der vorliegende Bericht soll auch eine Grundlage für die Beurteilung von Reformen im Bereich der Kostenbeteiligung liefern. Verschiedene Fragen bezüglich Leistungsbezug und Wahl der Franchise im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des Systems werden im vorliegenden Bericht erörtert:

- Welche Versicherten wählen tiefe bzw. hohe Franchisen?
- Welche Versicherte wechseln in eine tiefe bzw. hohe Franchise?
- Wie unterscheiden sich Wechsler von Nicht-Wechsler?
- Wie gross ist die Akzeptanz einer mehrjährigen Wahlfranchise bei den Versicherten?
- Wie beeinflusst die gewählte Franchise den Leistungsbezug der Versicherten?
- In welchem Umfang führen Wahlfranchisen zum Verzicht auf notwendige Leistungen?

Das System der Franchise will die Inanspruchnahme der OKP für Bagatellfälle verhindern und die Eigenverantwortung der Versicherten erhöhen. Der Verzicht auf frühzeitige medizinische Versorgung könnte andererseits aber auch Komplikationen und irreversible Schäden zur Folge haben, die später zu deutlich höheren Kosten führen.

Jedes Jahr können die Versicherten die Höhe der Franchise anpassen. Dies ermöglicht es, längerfristig anstehende Behandlungen und Untersuchungen zu planen und für das entsprechende Jahr die tiefste Franchise zu wählen, um nach der Behandlung wieder in die höchste Franchise zu wechseln. Es ist aber nicht bekannt, in welchem Ausmass die Versicherten ihre Franchisen jährlich optimieren. Fragen zu den Gründen für einen Wechsel der Franchise, zum quantitativen Ausmass und zur Zusammensetzung des Kollektives, das bereit wäre, sich während mehrerer Jahre für eine bestimmte Wahlfranchise zu verpflichten, sollen besser untersucht werden.

Des Weiteren soll geklärt werden, inwiefern sich die Versichertenkollektive der verschiedenen Franchisen bezüglich Kosten und soziodemografischen Aspekten unterscheiden und inwiefern Franchisen-Wechsler sich von Nicht-Wechsler unterscheiden.

Zur Beantwortung der obenstehenden Fragen wurden verschiedene Datenquellen analysiert, die vorhandene Literatur konsultiert und eine Onlinebefragung der Versicherten durchgeführt. Neben diesen empirischen Analysen wird im Rahmen dieses Berichts die rechtliche Abklärung bezüglich einkommensabhängiger Franchisen (Schmid-Federer, 13.3250) vorgenommen.

rung. Regelmässige Anpassung der Franchisen» / 16.3111 «Wahlfreiheit und Eigenverantwortung stärken. Maximalfranchise in der obligatorischen Krankenversicherung erhöhen» / 16.3112 «Krankenversicherung. Mindestfranchise in der Krankenversicherung endlich anpassen»), Mo. SGK-N (16.3906 «Mehr unternehmerische Freiheit im Gesundheitswesen»), Mo. Giezendanner (16.4044 «Krankenversicherung. Franchise auf 500 Franken festsetzen»).

2 Kostenbeteiligung in der Krankenversicherung: Franchise, Selbstbehalt und Spitalbeitrag

2.1 Franchise

Die Franchise ist der Teil der Leistungskosten, die die Versicherten zu 100 Prozent selber bezahlen müssen, bevor die Versicherung Leistungskosten übernimmt. Je Kalenderjahr müssen bei Leistungsbezug die anfallenden Leistungen bis zur Höhe der gewählten Franchise von den Versicherten selber bezahlt werden. Dieses System der Wahlfranchisen will die Inanspruchnahme der OKP für Bagatellfälle verhindern und die Eigenverantwortung der Versicherten erhöhen. Die ordentliche Franchise beträgt für Erwachsene 300 Franken. Neben der ordentlichen Franchise haben die Versicherten die Möglichkeit eine höhere Franchise zu wählen. Seit 2005 können die Versicherten zwischen Wahlfranchisen von 500, 1000, 1500, 2000 und 2500 Franken wählen, wobei die Versicherer dafür Prämienrabatte gewähren.

Das System der Wahlfranchisen wurde im Jahr 1987 eingeführt, als sich das Bedürfnis nach alternativen Kostenbeteiligungsformen abzeichnete. Diverse Krankenversicherer hatten bis anhin im Rahmen der Privatpatientenversicherung Varianten mit unterschiedlich hohen Franchisen angeboten. Diese standen jedoch, gemäss damaliger Regelung und Amtspraxis, nur Versicherten in sehr guten wirtschaftlichen Verhältnissen offen. Mit der Einführung der Wahlfranchisen wurde ab 1987 bis 1990 drei Wahlfranchisen für Erwachsene und drei Wahlfranchisen für Versicherte in sehr guten wirtschaftlichen Verhältnissen angeboten. Ab 1991 wurden die Bedingungen gelockert und die Wahlfranchisen allen erwachsenen Versicherten unabhängig von deren wirtschaftlichen Verhältnissen angeboten. Dieses System der Wahlfranchise wurde auf 1996 ins geltende KVG übernommen. Bis 2017 wurde die Höhe der Wahlfranchisestufen zweimal angepasst² (1998 und 2005). Ebenfalls hat man die Anzahl der Wahlfranchisen im Jahr 2005 um eine erweitert.

Die ordentliche Franchise betrug bei der Einführung des KVG 150 Franken. Bis heute wurde die ordentliche Franchise zweimal erhöht³ und beträgt seit 2004 300 Franken. Verschiedene Motionen (15.4157, 16.4044, 16.3084) streben eine Erhöhung der ordentlichen Franchise an, da die Bruttokosten seit der letzten Anhebung stark gestiegen sind.

Die Prämienrabatte für die verschiedenen Wahlfranchisen wurden seit Einführung des KVG ebenfalls mehrmals angepasst. Bis im Jahr 2000 war der zulässige Prämienrabatt bei Wahlfranchisen teilweise so hoch, dass es auch für Versicherte mit hohem Leistungsbezug Wahlfranchisen lohnenswert waren, da die Prämien und Kostenbeteiligungen tiefer waren als bei Versicherten mit der ordentlichen Franchise. Für einen Versicherten gab es in solchen Fällen keinen Anlass, die tiefste Franchise zu wählen. Dies kam implizit einer massiven Erhöhung der ordentlichen Franchise gleich, was aber nur denjenigen Versicherten bewusst war, die das System vollständig verstanden hatten. Dieser Systemfehler wurde auf 2001 mit Festsetzung des möglichen Prämienrabattes auf 100 Prozent der Differenz zwischen ordentlicher Franchise und Wahlfranchise teilweise korrigiert. Erst mit der Begrenzung des Prämienrabatts für Wahlfranchisen auf 80 Prozent des übernommenen Risikos wurde sichergestellt, dass die Ver-

² Wahlfranchise: 1996-1997: 300, 600, 1200, 1500 Franken
 1998-2004: 400, 600, 1200, 1500 Franken
 Ab 2005: 500,1000, 1500, 2000, 2500 Franken

³ Ordentliche Franchise : 1996-1997: 150 Franken ; 1998-2003: 230 Franken ; ab 2004: 300 Franken

sicherten bei Wahlfranchisen ein gewisses Risiko tragen. Im Jahr 2010 wurde der Rabatt weiter gesenkt und auf 70 Prozent der Differenz zwischen wählbarer und ordentlicher Franchise beschränkt (Art. 95c Abs. 2bis KVV). Bei einer Wahlfranchise von 1'500 Franken beträgt der jährliche Rabatt für Erwachsene oder junge Erwachsene somit höchstens $0.7 \cdot (1'500 - 300) = 840$ Franken.

Auf Grund von Untersuchungen im Rahmen der Vereinfachung des Prämiensystems ist das BAG zum Schluss gekommen, auch diese gewährten Prämienrabatte seien bei den hohen Wahlfranchisen weiterhin zu hoch, weshalb der Maximalrabatt bei der Franchise 2500 von heute 1'540 (70 Prozent) auf neu 1'100 Franken (50 Prozent) pro Jahr gesenkt werden sollte, der Rabatt bei der Franchise 1'500 von heute 840 (70 Prozent) auf neu 720 Franken (60 Prozent) pro Jahr. Der heutige Rabatt für die Wahlfranchise 500 erwies sich in der Studie dagegen als sachgerecht. Der vom BAG berechnete versicherungsmässig erforderliche Rabatt berücksichtigt die risikobereinigten Einsparungen der Leistungskosten, die auf die einzelnen Wahlfranchisen zurückzuführen sind. Die risikobereinigten Einsparungen der Leistungskosten einer bestimmten Wahlfranchise entsprechen der Differenz der Kosten, die resultierten, wenn alle Versicherten in dieser Wahlfranchise versichert wären, im Vergleich zu den Kosten, die entstünden, wenn alle Versicherten in der ordentlichen Franchise versichert wären⁴. Genauere Ausführungen zu den gemachten Untersuchungen sind in der Publikation des BAG (2015) «Prämienermässigung für Wahlfranchisen» zu finden.

2.2 Selbstbehalt

Je Kalenderjahr müssen die Versicherten auf den die Franchise übersteigenden Leistungskosten einen prozentualen Anteil derselben selber tragen. Dieser Selbstbehalt in der obligatorischen Krankenversicherung beträgt seit Einführung KVG nach Art. 64 Abs. 2 Bstb. b KVG 10 Prozent der Leistungskosten. Ab 2006 wurde zusätzlich der Selbstbehalt auf 20 Prozent der Kosten von Originalmedikamenten festgesetzt, wenn billigere Generika in der Spezialitätenliste aufgeführt sind.⁵ Der maximale Selbstbehalt beträgt seit 2004 nach Art. 103 Abs. 2 KVV 700 Franken jährlich. Davor betrug er seit Einführung KVG 600 Franken.

2.3 Spitalbeitrag

Neben dem oben beschriebenen Kostenbeitrag muss bei einem stationären Spitalaufenthalt ein Spitalbeitrag von 15 Franken pro Tag zusätzlich von den Versicherten geleistet werden. Der Spitalbeitrag erfuhr eine einmalige Anpassung. Vor 2011 betrug er 10 Franken pro Versicherten. Ab 2014 wurden neben den Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung auch die Frauen, die aufgrund Mutterschaftsleistungen einen Spitalaufenthalt haben, vom Spitalbeitrag befreit.

⁴ Da Versicherte, deren Rechnungen die Höhe ihrer Wahlfranchise nicht erreichen, diese nicht immer dem Versicherer einreichen, muss die Summe dieser Rechnungen geschätzt werden. Über die Höhe und Anzahl der nicht eingesandten Rechnungen bestehen wenig Anhaltspunkte. Das BAG hat die Berechnungen mehrfach mit unterschiedlichen Annahmen wiederholt, wobei sich herausgestellt hat, dass die Ergebnisse robust sind.

⁵ vgl. Art. 38a der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KLV; SR 832.112.31

2.4 Kostenbeteiligung und optimale Franchise

Die Kostenbeteiligung setzt sich aus den oben beschriebenen Franchise, Selbstbehalt und Spitalbeitrag zusammen. Als Ausnahme sind seit dem 1. März 2014 Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft (Art. 29 Abs. 2 KVG) nach Art. 64 Abs. 7 Bstb. b KVG von der Kostenbeteiligung befreit. Zuvor galt diese Regelung nur für die Leistungen von komplikationslosen Schwangerschaften.

Die Kostenbeteiligung, die die Versicherten jährlich entrichten, ist seit KVG-Einführung 1996 im Gleichschritt mit den Leistungen und den Prämien jährlich um 4,1 Prozent angestiegen – und damit in einem wesentlich stärkeren Ausmass als etwas die Löhne oder die verfügbaren Einkommen.

Nach einer Untersuchung des BAG (2017) können die Versicherten auf Grund einer Schätzung der von ihnen im nächsten Jahr erwarteten Bruttoleistungen ihre Franchisen optimieren, so dass ihre Gesamtkosten, d.h. die Summen von Prämien und Kostenbeteiligungen minimal werden. Bei Bruttoleistungen von mehr als 1'500 – 2'000 Franken ist die tiefste Franchise von 300 Franken und bei tieferen Leistungen die höchste Franchise 2'500 Franken optimal. Dies gilt unabhängig vom gewählten Versicherer oder Versicherungsmodell.

Nun ist die Situation, dass der Versicherte seine Kosten bereits im Voraus exakt kennt, nicht realistisch. Er muss seine Entscheidung unter Unsicherheit fällen: Möglicherweise erkrankt er unerwartet, oder der Genesungsprozess einer bestehenden Krankheit verläuft rascher oder langsamer als erwartet. Besteht Unsicherheit über die effektiven Gesundheitsleistungen, kann mathematisch gezeigt werden, dass ebenfalls entweder die höchste oder die tiefste Franchise gewählt werden sollte, sofern der Prämienrabatt (in Prozent der Franchisendifferenz) für alle Franchisen gleich hoch ist (BAG(2017)). Letzteres ist heute in den allermeisten Fällen der Fall, da Art. 95 Abs. 2bis KVV bei hohen Wahlfranchisen dieselbe Ermässigung von 70 Prozent des übernommenen Risikos zulässt wie bei tiefen.⁶ Damit für Personen mit mittlerer Erkrankungswahrscheinlichkeit eine mittlere Franchise optimal wird, darf der Prämienrabatt nicht konstant sein, sondern muss degressiv ausgestaltet sein.

2.5 Kostenbeteiligung bei Kindern

Bei Kindern (0-18 Jahre) beträgt die ordentliche Franchise 0 Franken. Des Weiteren gibt es sechs Wahlfranchisestufen, welche in Hunderterschritten von 100 Franken bis 600 Franken reichen. Gemäss Tabelle 7.16 der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2015 sind 93.2 Prozent der Kinder mit der ordentlichen Franchise versichert. Die Wahlfranchisen spielen bei Kindern somit eine untergeordnete Rolle.

Der Selbstbehalt bei Kindern entspricht seit Einführung des KVG wie bei den Erwachsenen 10 Prozent der Leistungskosten (vgl. Art. 64 Abs. 2 Bstb. b KVG). Der maximale Selbstbehalt ist nach Art. 103 Abs. 2 KVV auf 350 Franken jährlich begrenzt.

⁶ Eine Ausnahme besteht bei der höchsten Franchise von 2'500 Franken, da Versicherer hier bisweilen nicht mehr die vollständige Ermässigung geben dürfen, da sie sonst die Regel zur minimalen Prämie (Art. 90c KVV) verletzen. In diesem Fall ist denkbar, dass bei der Franchisewahl unter Unsicherheit die Franchise 2'000 Franken vorzuziehen ist.

2.6 Kostenbeteiligung im internationalen Vergleich

Die OECD ist in ihrem Bericht zum Schweizer Gesundheitswesen zum Schluss gekommen, dass die Kostenbeteiligung der Schweizerinnen und Schweizer im internationalen Vergleich hoch sei (OECD/WHO 2011, S. 69). Auch 2014 lag der Anteil der Out-of-Pocket-Zahlungen gemäss den OECD-Statistiken bei 26,7 Prozent, während im Durchschnitt der OECD nur 20,2 Prozent der Gesundheitsausgaben privat finanziert wurden.⁷ Die Zahlungen pro Kopf liegen selbst kaufkraftbereinigt in der Schweiz weitaus am höchsten. Das liegt allerdings nicht nur an den Elementen der Kostenbeteiligung in der OKP, sondern auch daran, dass verschiedene Leistungen nicht oder nur teilweise von der sozialen Krankenversicherung oder anderen Systemen des sozialen Sicherheit gedeckt sind (namentlich im Bereich der Zahnmedizin oder der Langzeitpflege).⁸

Aber selbst, wenn nur die Grundversicherung betrachtet wird, ist die Kostenbeteiligung in der Schweiz hoch. Nach einer Umfrage der OECD (2016) bei 32 Ländern kennt neben der Schweiz nur die Niederlande (385 EUR pro Jahr) sowie Schweden (1100 SEK, d. h. rund 125 CHF pro Jahr) eine generelle Franchise. Die Umfrage zeigt im Übrigen eine grosse Vielfalt an Elementen der Kostenbeteiligung, die hier nicht im Detail dargestellt werden kann.⁹ In vielen Ländern entspricht die Kostenbeteiligung eher einer prozentualen Beteiligung (in der Art des Selbstbehalts) oder einem Beitrag pro bezogene Leistung (Beitrag pro Spitaltag oder pro Medikamentenbezug, oftmals abgestuft nach Art der Medikamente). Die Summe der Beiträge ist in der Regel pro Jahr limitiert, manchmal auch in Abhängigkeit des Einkommens.

3 Empirische Untersuchungen zu Franchisewahl, Wechselverhalten, sowie Leistungsbezug und -verzicht

Wie eingangs erwähnt, werden verschiedene Fragen bezüglich Franchisewahl, Wechselverhalten, Leistungsbezug und -verzicht in diesem Kapitel untersucht.

Einerseits wurde dazu vom BAG eine Studie in Auftrag gegeben (B,S,S. (2017)), die die aufgeworfenen Fragen anhand der schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB), der Erhebung zu Einkommen- und Lebensbedingungen (SILC) und mittels Individualdaten eines grossen Krankenversicherers soweit als möglich beantwortet. Ergänzend wurde in dieser Studie ebenfalls die gängige Literatur im entsprechenden Themenbereich zusammengefasst und mittels einer Expertenbefragung versucht, Erkenntnisse zu den aufgeworfenen Fragen zu gewinnen.

Zusätzlich wurde im Auftrag des BAG eine Onlinebefragung der Versicherten durchgeführt (Ecoplan (2017)), um die Akzeptanz mehrjähriger Wahlfranchisen abzufragen. Andererseits hat das BAG Auswertungen mit den seit 2013 erhobenen Individualdaten der Versicherten bezüglich Wahl der Franchise, Wechsler und Kosten vorgenommen (Publikation des BAG

⁷ OECD Health Statistics, Frequently Requested Data. Out-of-pocket expenditure, Percent of current expenditure on health (2014 or nearest year).

⁸ In ihrem Bericht hält die OECD auch fest, dass andere Länder die Kosten der Langzeitpflege oft nicht vollständig erfassen, weshalb die Statistik mit Vorsicht zu interpretieren sei.

⁹ Für eine detaillierte Darstellung der Kostenbeteiligung in den verschiedenen Mitgliedsstaaten der EU vgl. den Report der Europäischen Kommission (2016).

(2017)). Ebenfalls wurde die Umfrage vom Commonwealth Fund 2016 (CWF) bezüglich Fragen des Leistungsbezugs und Leistungsverzichts aus finanziellen Gründen ausgewertet.

Mit den verschiedenen Datenquellen lassen sich einerseits unterschiedliche Fragen beantworten, andererseits werden die gleichen Fragen mit unterschiedlichen Daten zu beantworten versucht, da jede Erhebung andere Spezifitäten aufweist.

Fragen bezüglich Leistungsbezug bei Wahlfranchisen (3.3) lassen sich mittels den vorhandenen Daten nicht beantworten, weshalb die Studie B,S,S. (2017) vor allem die vorhandene Literatur analysiert, welche in diesem Bericht vorgestellt wird.

3.1 Datengrundlage

3.1.1 Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

In der SGB werden umfangreiche Daten zu Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen erhoben. Zudem sind die aktuelle Franchise, ein allfälliger Franchisewechsel im Vergleich zum Vorjahr und der Verzicht auf Behandlungen bei bestimmten Krankheiten erfasst. In der Studie B,S,S. (2017) wurde die letzte Erhebung aus dem Jahr 2012 verwendet. Die Nettostichprobe umfasst rund 18'400 Personen, was einer Teilnahmequote von 45 Prozent entspricht.

Diese Erhebung wird verwendet, um die Wahl der Franchisen (3.2) und den Leistungsbezug bei Wahlfranchisen (3.4) zu analysieren.

Die detaillierten Auswertungen finden sich in der Studie B,S,S. (2017)

3.1.2 Erhebung zu Einkommen und Lebensbedingungen (SILC)

Die SILC ist eine jährliche telefonische Stichprobenerhebung bei ca. 7'000 Haushalten der Schweiz. Sie erhebt die Einkommen und Lebensbedingungen der Haushalte, dabei werden unter anderem Einkommen, Prämienverbilligung (IPV), Informationen zum Gesundheitszustand, zum Verzicht auf medizinische Leistungen und deren Gründe erfasst. Informationen bezüglich Franchise werden jedoch nicht erfasst. Für die Analyse wurden die Erhebungen aus den Jahren 2010-2014 verwendet.

Diese Erhebung wurde verwendet, um Fragen bezüglich Leistungsverzicht zu analysieren (3.4.2).

Die detaillierten Auswertungen finden sich in der Studie B,S,S. (2017)

3.1.3 Individualdaten der CSS

Diese Daten beinhalten die Stammdaten aller Versicherten der CSS-Gruppe der Behandlungsjahre 2004-2015 zusammen mit den Angaben über die jährlichen OKP Leistungsdaten. Der Versichertenbestand im 2014 betrug 1.2 Millionen Versicherte. Je nach Fragestellung werden jeweils andere Behandlungsjahre zur Analyse herbeigezogen. Diese Daten bieten die Möglichkeit einer Längsschnittanalyse, dafür fehlen jedoch Angaben bezüglich Gesundheitszustand der Versicherten.

Diese Erhebung wird verwendet um die Wahl der Franchisen (3.2) und der Leistungsverzicht bei Wahlfranchisen (3.4.2) zu analysieren.

Die detaillierten Auswertungen finden sich in der Studie B,S,S. (2017)

3.1.4 Individualdaten aller Versicherer

Das BAG erhebt seit dem Jahr 2013 bei allen Versicherern anonymisierte Individualdaten der Versicherten. Diese enthalten demografische Angaben wie Alter oder Geschlecht, Angaben zum Versicherungsverhältnis wie den Versicherer, das Versicherungsmodell, die Franchise und die Prämie sowie die Bruttoleistungen und Kostenbeteiligungen. Für den vorliegenden Bericht wurden die Daten der Jahre 2013 und 2014 ausgewertet.

Die Auswertung beschränkt sich auf die Erwachsenen und jungen Erwachsenen, bzw. auf Versicherte, die ihre Franchise selber gewählt haben.

Die detaillierten Auswertungen finden sich in der Publikation des BAG (2017)

3.1.5 Umfrage Commonwealth Fund 2016 (IHP Survey)

Die IHP Survey des CWF findet jährlich in 11 verschiedenen Ländern statt. Seit 2010 nimmt die Schweiz daran teil. Im Turnus von drei Jahren werden jeweils verschiedene Zielgruppen befragt. Zur Analyse wurde die Befragung von 2016 verwendet, in welcher die Wohnbevölkerung der Schweiz ab 18 Jahren befragt worden ist. Die Stichprobe umfasst 1'520 Haushalte, die bezüglich verschiedener Aspekte der Gesundheit befragt werden. Für unsere Fragestellung waren vor allem Fragen bezüglich des medizinischen Leistungsverzichts von Interesse.

Diese Erhebung wird verwendet um der Leistungsverzicht bei Wahlfranchisen (3.4.2) zu analysieren.

Im Anhang finden sich Tabellen mit verschiedenen Auswertungen der IHP Survey.

3.1.6 Onlinebefragung Versicherte

Eine einmalige Onlinebefragung von 2000 Versicherten der gesamten Schweiz erhob neben allgemeinen demografischen Angaben der befragten Personen, ebenfalls Informationen bezüglich der Franchise und der Bereitschaft sich für mehrere Jahre an eine Wahlfranchise zu binden.

Diese Befragung wird verwendet um die Bereitschaft der Bevölkerung für mehrjährige Wahlfranchisen abzuklären, was im Kapitel Leistungsbezug bei Wahlfranchisen (3.3) diskutiert wird.

Die detaillierten Auswertungen finden sich in der Studie Ecoplan (2017)

3.1.7 Expertenbefragungen

Die Autoren der Studie B,S.S. (2017) führten zwei Befragungen mit Fachpersonen durch. In einer ersten Befragung wurden hauptsächlich Fachpersonen (16) befragt, die bei einer mittleren bis grossen Schweizer Krankenkasse in den Bereichen Markt, Marketing und Vertrieb leitend tätig sind. Dabei wurden Fragen bezüglich Wahl der Franchise, Franchisenwechsel und Akzeptanz mehrjähriger Wahlfranchise gestellt.

Diese Befragung wurde durchgeführt, um Informationen über die Wahl der Franchise (3.2) und die Akzeptanz mehrjähriger Wahlfranchisen bei der Bevölkerung (3.3) zu gewinnen.

Ebenfalls wurden zwei Patientenstellen, zwei Konsumentenorganisationen, ein städtisches Sozialamt, zwei Personen aus der Gesundheits- und Sozialforschung, ein Krankenversicherer und zwei Budget- und Schuldenberatungen hinsichtlich Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen mittels Telefoninterviews befragt.

Diese Befragung wurde durchgeführt, um Informationen über den Leistungsbezug bei Wahlfranchisen (3.4) zu gewinnen.

Die detaillierten Auswertungen finden sich in der Studie B,S,S. (2017)

3.2 Wahl und Wechsel der Franchisen

Das vorliegende Kapitel stellt zusammenfassend Ergebnisse der Studie B,S,S. (2017) und Auswertungen des BAG (BAG (2017)) der Individualdaten nach Kapitel 3.1.4 dar.

Wie in Kapitel 2.4 erläutert, können die versicherten Personen aufgrund einer Schätzung ihrer Bruttoleistungen des kommenden Jahres ihre Franchise optimieren, d.h. für tiefe erwartete Kosten von weniger als 1500 bis 2000 Fr. die höchste und für höhere Kosten die tiefste Franchise wählen. Es stellen sich die Fragen, nach welchen Kriterien die Versicherten ihre Franchisen wirklich wählen und ob die Franchisen bei verändertem Gesundheitszustand der Versicherten bzw. bei veränderten Bruttoleistungen angepasst werden.

3.2.1 Wahl der Franchisen

Die Tabelle 1 zeigt die Anteile der Franchisen in den Jahren 2013 - 2015. Die meisten Versicherten haben entweder die höchste oder die tiefste, d.h. die nach Kapitel 2.4 potentiell optimalen Franchisen gewählt. Die Franchisen von 300 und 500 Fr. unterscheiden sich in den Summen der Prämien und Kostenbeteiligungen nur wenig, was möglicherweise die relativ hohen Anteile der Franchise von 500 Fr. erklärt.

Tabelle 1

Franchise	2013	2014	2015
300	43.3%	43.6%	43.8%
500	17.0%	16.2%	15.4%
1000	4.8%	4.7%	4.6%
1500	13.5%	12.8%	11.9%
2000	3.9%	4.0%	3.9%
2500	17.4%	18.6%	20.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Anteile der Franchisen von Erwachsenen

Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung der Jahre 2013 bis 2015

Gemäss den Individualdaten aller Versicherer beträgt der Anteil der Franchisewechsler zwischen 2013 und 2014 ca. 5.3 Prozent. Die Wechsel bewirken längerfristig eine Tendenz hin zu der tiefsten und insbesondere zu der höchsten Franchise. Die Anteile dieser beiden nach Kap. 2.4 potentiell optimalen Franchisen haben in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen, während die Anteile aller andern Franchisen gesunken sind.

Die Studie B,S,S. (2017) untersucht, aus welchen Gründen die Versicherten ihre Franchisen wählen. Die Autoren gehen davon aus, dass die Wahl u.a. von den erwarteten Gesundheitskosten und den Prämien sowie der finanziellen Situation und der Risikoneigung der Versicherten abhängig ist. Demnach wählen vor allem Versicherte mit schlechter Gesundheit und tiefem Einkommen tiefe Franchisen.

Die empirischen Ergebnisse der Studie zeigen die soziodemografischen Eigenschaften von Versicherten mit unterschiedlichen Franchisen: Versicherte mit überdurchschnittlich hohen Gesundheitsrisiken wie ältere Personen, Frauen, chronisch Erkrankte, Raucher oder auch IPV-Bezüger wählen eher tiefe Franchisen, während Erwerbstätige mit guter Ausbildung und Versicherte in alternativen Versicherungsmodellen tendenziell hohe Franchisen wählen.

Die Abbildungen und Erläuterungen in der Studie (BAG (2017)) machen deutlich, dass die Versicherten ihre Franchisen fast unabhängig von Alter, Geschlecht, Spitalaufenthalt im Vorjahr oder dem gewählten Versicherungsmodell primär nach den von ihnen erwarteten Bruttoleistungen wählen. Beispielsweise unterscheiden sich die Anteile der Franchisen nach Alter und Geschlecht für jüngere Versicherte unter 60 Jahren mit und ohne Spitalaufenthalte im Vorjahr bei gegebenen Bruttoleistungen nur wenig voneinander. Daraus folgt, dass sich die Unterschiede der Franchisewahl der Versicherten vorwiegend durch ihre unterschiedlichen Erwartungen der zukünftigen Bruttoleistungen begründen lassen. Auffällig ist auch, dass die jungen Erwachsenen im Alter von 19-25 Jahren tiefere Franchisen haben als Erwachsene. Offenbar optimieren die jungen Erwachsenen ihre Franchisen oftmals erst beim Erreichen der Alterskategorien der Erwachsenen, möglicherweise, weil sie dann ihr Versicherungsverhältnis selbst auswählen und die Prämien selbst bezahlen müssen.

Zudem zeigen die Ergebnisse, dass viele Versicherte grundsätzlich ihre Gesundheit und damit ihre Bruttoleistungen ungefähr richtig einschätzen und eine geeignete Franchise wählen. Insbesondere weisen Versicherte mit hohen Franchisen im Allgemeinen tiefe Bruttoleistungen auf und wählen somit geeignete Franchisen. Allerdings gibt es auch viele Versicherte, die trotz tiefen Bruttoleistungen tiefe Franchisen wählen, d.h. die gewählten Franchisen sind im Vergleich zu den optimalen Franchisen im Durchschnitt zu tief. Für die Wahl ungeeigneter und vor allem zu tiefer Franchisen kommen laut B,S,S. (2017) folgende Gründe in Frage:

- Versicherte mit zu tiefen Franchisen scheuen das Risiko hoher Kostenbeteiligungen und bevorzugen tiefe Prämienrabatte bzw. hohe Prämien.
- Laut einer Expertenbefragung verstehen viele Versicherte das komplexe System der Krankenversicherung mit Franchisen und Selbstbehalt sowie den Rabatten für die verschiedenen Franchisen und Versicherungsmodelle nicht ausreichend, um geeignete Franchisen zu wählen.

Versicherte mit zu tiefen oder zu hohen Franchisen bezahlen im Vergleich zu Versicherten mit optimalen Franchisen höhere Prämien oder höhere Kostenbeteiligungen und verbessern damit die finanzielle Lage der OKP. Das BAG hat diese Zusatzbeiträge mit Hilfe der Individualdaten der Versicherten untersucht (BAG(2017)). Wesentliche Anteile liefern vor allem grundsätzlich gesunde, meist relativ junge Versicherte, die trotz tiefen Bruttoleistungen tiefe Franchisen wählen. Würden alle Versicherte optimale Franchisen wählen, wäre eine zusätzliche Prämiensteigerung von ca. 10 Prozent nötig, um die Finanzierung der OKP sicher zu stellen.

3.2.2 Wechselverhalten der Versicherten

Die Studie B,S,S. (2017) untersucht ausserdem die Gründe, warum Versicherte ihre Franchisen wechseln. Sie kommt zum Schluss, dass sich Franchisewechsel nur beschränkt durch die von den Autoren der Studie beobachteten Merkmale¹⁰ der Versicherten beschreiben lassen. Franchisen werden vor allem beim Wechsel der Versicherungsmodelle erhöht, während Franchisesenkungen mit zunehmendem Alter der Versicherten, d.h. mit zunehmenden Krankheitsrisiken häufiger werden.

Die Studie hat insbesondere auch vorübergehende Änderungen von Franchisen untersucht. Dabei ist speziell von Interesse, ob Versicherte ihre Franchisen vorübergehend für ein Jahr senken, weil sie von kurzzeitig hohen Bruttoleistungen ausgehen. Die Studie zeigt, dass der Anteil der Versicherten mit vorübergehender Senkung der Franchise mit 0.17 Prozent aller

¹⁰ Untersuchte Merkmale: Vergangene OKP-Bruttoleistungen, Spitalaufenthalt, Prämienniveau und Prämienerhöhung, Wechsel der Alterskategorie (Junge Erwachsene-Erwachsene), Veränderung der IPV Zahlung

Versicherten (bzw. ca. 0.4 Prozent der Versicherten mit Wahlfranchisen) gering ist. Es handelt sich dabei effektiv um im Allgemeinen relativ günstige Versicherte, die im Jahr der Franchisesenkung wesentlich erhöhte Kosten aufweisen. Der umgekehrte Fall von vorübergehenden Erhöhungen der Franchisen ist ebenfalls selten und beträgt 0.13 Prozent. Insgesamt nimmt somit nur eine kleine Minderheit von Versicherten vorübergehende Wechsel der Franchisen vor.

Die Abbildungen und Erläuterungen der Studie (BAG (2017) bestätigen grundsätzlich, dass Franchisen häufig gleichzeitig mit Wechseln des Versicherungsmodell und des Versicherers angepasst werden: Ungefähr ein Drittel der Versicherten, die entweder ihren Versicherer oder das Versicherungsmodell wechseln, passen gleichzeitig auch ihre Franchisen an, während dies nur bei knapp 4% der Versicherten der Fall ist, die weder das Versicherungsmodell noch den Versicherer wechseln (reine Franchisewechsler). Allerdings wechseln nur wenige Prozente der Versicherten ihre Versicherung oder ihr Versicherungsmodell. Daher ist die absolute Anzahl der Versicherten, die gleichzeitig mit dem Versicherer oder dem Versicherungsmodell ihre Franchise wechseln etwas tiefer als die Anzahl der reinen Franchisewechsler.

Die Auswertungen bestätigen zudem, dass Franchisewechsler mehrheitlich geeignete Franchisen wählen, d.h. ihren Gesundheitszustand und damit ihre zukünftigen Bruttoleistungen richtig einschätzen können, und dass dies insbesondere für Wechsler gilt, die ihre Franchisen erhöhen.

3.2.3 Fazit

Versicherte mit überdurchschnittlich hohen Gesundheitsrisiken wählen eher tiefe Franchisen, während gesunde Erwerbstätige mit guter Ausbildung und auch Versicherte in alternativen Versicherungsmodellen tendenziell hohe Franchisen wählen. Ein grosser Teil der Versicherten schätzt seine Gesundheitsrisiken ungefähr richtig ein und wählt geeignete Franchisen. Insbesondere weisen Versicherte mit hohen Franchisen im Allgemeinen tiefe Bruttoleistungen auf und wählen somit geeignete Franchisen. Allerdings gibt es auch viele Versicherte, die trotz tiefen Bruttoleistungen tiefe Franchisen wählen. Zu tiefe Franchisen haben auf Grund der tiefen Prämienrabatte unnötig hohe Prämien und zu hohe Franchisen übermässige Kostenbeteiligungen zur Folge. In beiden Fällen entlasten die Versicherten damit die OKP. Der Gesamtbetrag beläuft sich auf ca 10 Prozent des Prämienvolumens.

Nur wenige Versicherte senken ihre Franchise vorübergehend, weil sie von kurzfristig hohen Bruttoleistungen ausgehen. Dasselbe gilt für den umgekehrten Fall. So wird auch nur selten die Franchise vorübergehend erhöht, weil von einem kostenfreien Jahr ausgegangen wird.

3.3 Mehrjährige Wahlfranchisen

3.3.1 Vor- und Nachteile verschiedener Varianten

Während bei Versicherten in der ordentlichen Versicherung eine Kündigungsmöglichkeit per Ende eines Semesters möglich ist, erlaubt die Regelung heute bei besonderen Versicherungsformen nur einen Wechsel per Ende des Kalenderjahrs (vgl. Art. 100b KVV). Damit soll die Selbstverantwortung der Versicherten gestärkt und opportunistisches Wechseln von Franchise und Modelltyp vor geplanten medizinischen Eingriffen eingedämmt werden. Vorschläge, die Wechselmöglichkeit weiter einzuschränken und bei besonderen Versicherungsformen mehrjährige Vertragsdauern vorzusehen, waren Teil der Vorlagen Managed Care (04.062) sowie der Massnahmen zur Kosteneindämmung (09.053), die beide abgelehnt worden sind. Unlängst ist die Idee durch die Parlamentarische Initiative Borer (Brand) (15.468 «Stärkung der Selbstverantwortung im KVG») wiederaufgenommen worden.

Die Möglichkeiten der Ausgestaltung einer mehrjährigen Vertragsdauer sind vielfältig. Im Folgenden wird eine umsetzbare Variante vorgestellt.

Bei dieser Variante, bleibt die Anzahl der Prämientarife gleich, und Schwierigkeiten anderer Umsetzungsvarianten entfallen:

- Für alle Wahlfranchisen gilt eine Vertragsdauer von 3 Jahren.
- Der Versicherer passt die Prämien jährlich den Kosten an.
- Versicherte können jährlich zu einem anderen Versicherer in ein beliebiges Modell mit gleicher Franchisestufe wechseln. Der Vorversicherer muss bei einem Wechsel den Nachversicherer über die Höhe der Franchise sowie die verbleibende Laufzeit informieren.
- Der Versicherte kann während der Vertragsdauer zwischen den Modellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer wie auch zum Modell ohne Einschränkung der Wahl wechseln, bleibt aber in derselben Franchisestufe.

Weitere denkbare Varianten sind schwierig umzusetzen und erhöhen die Komplexität des Systems wie auch die notwendige Regulierungsdichte:

- Werden verschiedene Vertragsdauern zugelassen, nimmt die Anzahl der Prämientarife stark zu und die Rabatte müssen nach Vertragsdauer abgestuft werden, wobei die Einsparung aufgrund der Vertragsdauer und der Prämienunterschied je nach Vertragsdauer gering ausfällt, da nur sehr wenig Versicherte – gemäss der Studie B,S,S. (2017) weniger als 0.5 Prozent aller Versicherten mit Wahlfranchisen – die Franchise regelmässig anpassen.
- In einer vom BAG gemachten groben Abschätzung würden sich die Einsparungen auf rund 5 Mio. Franken belaufen, das heisst je betroffenen Versicherten (Erwachsene mit Wahlfranchise) knapp 1.50 Franken, beziehungsweise rund 0.75 Franken aller erwachsenen Versicherten. Dies entspricht etwa 0.02% der gesamten Prämieinnahmen. Dies unter der Annahme, dass alle Versicherten der Wahlfranchisen eine dreijährige Vertragsdauer wählen und die Anteile der Wahlfranchisenoptimierer in allen Wahlfranchisen 0.5 Prozent betragen und die Kosteneinsparung maximal ist.
- Wird die Prämie für die gesamte Vertragsdauer fixiert, müsste der Versicherer für neue Versicherte jedes Jahr einen neuen Vertrag mit mehrjähriger Dauer und angepassten Prämien anbieten. Die Schätzung der Kosten über mehrere Jahre erhöht zudem das Risiko für den Versicherer, die Prämien falsch zu schätzen, was einen erhöhten Reservebedarf nötig macht. Werden die Prämien zu tief geschätzt, muss der Versicherer die fehlenden Prämien über die Prämien der ordentlichen Franchisen und über die neu beginnenden mehrjährigen Wahlfranchisen finanzieren. Das heisst, diese Prämien müssen überdurchschnittlich erhöht werden, während die zu tiefe Prämie über drei Jahre bestehen bleibt.
- Wird der Wechsel des Versicherers für die Versicherten während einer mehrjährigen Vertragsdauer ohne Fixierung der Prämien nicht zugelassen, sind die Versicherten nicht in der Lage, auf Prämien erhöhungen zu reagieren. Dies bringt den Versicherer in Versuchung, die Prämien im ersten Jahr nicht in der erforderlichen Höhe anzubieten, um Versicherte anzuwerben. In den weiteren Jahren kommt es dann zu überdurchschnittlichen Prämienanpassungen, welchen die Versicherten ausgeliefert sind, da sie den Versicherer und die Franchise nicht wechseln dürfen.

3.3.2 Akzeptanz in der Bevölkerung

In einer Onlinebefragung (Ecoplan (2017) wurde die Akzeptanz einer mehrjährigen Wahlfranchise bei der Schweizer Bevölkerung erfragt. Dabei zeigte sich, dass die Mehrheit (58 Prozent) der Umfrageteilnehmer (2'118 Personen) das bisherige System der einjährigen Wahlfranchisen bevorzugen. Nur 23 Prozent ziehen die mehrjährige Wahlfranchise vor, während ein hoher Anteil von 19 Prozent sich nicht entscheiden konnte. Personen mit hohem Ausbildungsniveau

und Einkommen sprechen sich vermehrt für die mehrjährigen Wahlfranchisen aus. Die Zustimmung in der deutschsprachigen Regionen (26 Prozent Zustimmung) ist höher als in den französischsprachigen und italienischsprachigen Regionen (14 und 13 Prozent Zustimmung).

Ebenfalls wurde die Bereitschaft erhoben, ein Modell mit mehrjähriger Franchisebindung zu wählen (unter der Annahme, dass sowohl einjährige als auch mehrjährige Wahlfranchisen angeboten werden). Dabei zeigte sich, dass ein Wechsel für die Umfrageteilnehmer entweder nicht in Frage kommt oder nur mit sehr hohen Rabattvorstellungen¹¹. Wie oben geschrieben, sind die zu erwartenden Einsparungen gering, weshalb auch der Rabatt gering ausfallen würde.

Die dreijährige Vertragsdauer erscheint der Mehrheit der Befragten ebenfalls zu lang. 58 Prozent wünschen sich eine Vertragsdauer von zwei Jahren. Ausserdem schätzen 62 Prozent der Umfrageteilnehmer das neue Modell komplizierter als das bisherige ein.

Die Expertenbefragung (Studie Leistungsverzicht) bezüglich mehrjährigen Wahlfranchisen ergab, dass die Fachpersonen mehrheitlich der Meinung sind, dass die Bereitschaft Wahlfranchisen zu wählen, bei zwingender Fixierung über mehrere Jahre abnimmt. Die Experten nehmen an, dass sich vor allem junge, gesunde Versicherte mit finanzieller Stabilität für mehrjährige Wahlfranchisen entscheiden würden. Werden die mehrjährigen Wahlfranchisen als Option eingeführt, hängt das Wahlverhalten von den finanziellen Anreizen ab (fixe Prämie und substanzialer Rabatt gegenüber der jährlich wechselbaren Franchise).

3.3.3 Fazit

Es gibt verschiedene Möglichkeiten der Ausgestaltung von mehrjährigen Wahlfranchisen. Die meisten Varianten erfordern allerdings umfangreiche Regulierungen. Relativ einfach umsetzbar wäre die Variante, gemäss der die Versicherer die Prämien jährlich den Kosten anpassen und die Versicherten jährlich zu einem anderen Versicherer in ein beliebiges Modell mit gleicher Franchisestufe wechseln könnten. Dabei ist zu beachten, dass zeitlich beschränkte Senkungen der Franchise durch die Versicherten selten vorkommen und die Akzeptanz bei der Bevölkerung für mehrjährige Wahlfranchisen gering ist.

3.4 Leistungsbezug bei Wahlfranchisen

3.4.1 Einfluss der Franchise auf den Bezug von Gesundheitsleistungen

In diesem Kapitel geht es um die Frage, inwiefern Versicherte aufgrund einer höheren Kostenbeteiligung weniger Leistungskosten haben. Da der Selbstbehalt im heutigen System für alle Versicherte identisch ist, beziehen sich die folgenden Ausführungen auf den Effekt der Franchise. Die durchschnittlichen von den Versicherern bezahlten Nettoleistungen je Versicherten nehmen mit zunehmender Höhe der Franchise ab (siehe Tabelle 2).

¹¹ Von denjenigen Personen, die einen Wechsel überhaupt in Erwägung ziehen, erwartet die überwiegende Mehrheit einen Rabatt von mindestens 20 Franken pro Monat.

Tabelle 2

Leistungen in Fr. je erwachsene versicherte Person im Standardmodell						
Franchise	300	500	1'000	1'500	2'000	2'500
Bruttoleistung in Fr.	8'312	6'811	3'630	2'504	2'107	1'501
Kostenbeteiligung in Fr.	678	770	767	747	735	647
Nettogleistung in Fr.	7'634	6'041	2'863	1'757	1'373	854

Am Beispiel der erwachsenen Versicherten des Standardmodells aufgezeigte Abnahme der durchschnittlichen Brutto- und Nettogleistungen je versicherte Person mit steigender Franchise (die Bruttogleistungen beinhalten die Kostenbeteiligung, die Nettogleistung nicht). Das gleiche Muster ist bei den jungen Erwachsenen und Kinder sowie in den Versicherungsformen eingeschränkter Wahl ersichtlich, jedoch weniger ausgeprägt.

Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2015, T2.23, T2.24, T2.08:

Folgende drei Effekte bewirken dabei diese Abnahme der durchschnittlichen Nettogleistungen mit zunehmender Franchise:

1. Leistungen zulasten des Versicherers sind tiefer für Versicherte mit höheren Franchisen, da diese Versicherte höhere Kostenbeteiligungen übernehmen.
2. Versicherte, die eine hohe Franchise gewählt haben, haben tiefere Leistungskosten, da sie (im Durchschnitt) gesünder sind, als Versicherte, die eine tiefe Franchise wählen (Selbstselektion).
3. Die höhere Kostenbeteiligung, in unserem Fall die Franchise, führt zu einer Verhaltensänderung des Versicherten, so dass dieser Versicherte aufgrund der hohen Franchise weniger zum Arzt geht und dadurch insgesamt weniger Leistungskosten generiert.

Der erste Effekt wäre grundsätzlich über die Statistik zur Kostenbeteiligung erfasst. Diese leidet allerdings unter dem Problem der nicht eingeschickten Rechnungen bei Personen mit hohen Wahlfranchisen. Solange die Leistungskosten die Wahlfranchise nicht überschreitet, besteht für die Versicherten kein Grund diese Rechnungen dem Krankenversicherer zukommen zu lassen. Davon sind Leistungen betroffen, die im System des Tiers garant abgerechnet werden (also insbesondere ambulante Arztrechnungen). Dadurch unterschätzen die erfassten Gesundheitskosten in den Krankenversichererdaten die wahren Kosten der Personen mit Wahlfranchisen. Eine Untersuchung mit CSS-Daten hat allerdings ergeben, dass die fehlenden Leistungen mit durchschnittlich 30 Franken pro Versicherten klein ist (Schmid, 2016). Der Wert dürfte zwischen den Versicherern allerdings stark variieren.

Unbestritten ist ferner, dass der Effekt der Selbstselektion bedeutend höher ist als der dritte Effekt. Trottman et al. (2012) schätzt ihn auf 90 Prozent der Differenz der Ausgaben zwischen Personen mit tiefen und hohen Franchisen. Gerfin und Schellhorn(2006) schätzen, dass der beobachtete Unterschied der Anzahl Arztbesuche (SGB 2002) zu 75 Prozent auf Selbstselektion zurückzuführen ist. Im Zusammenhang mit Kosteneinsparungen bei Modellen (Burri, 2013) wurde die Risikoselektion inklusive Selbstselektion auf 80 bis 85 Prozent der Differenz der Kosten zwischen Modellen und Basisversicherung geschätzt, wobei die dort benutzte Berechnungsgrundlage diesen Effekt im Allgemeinen etwas unterschätzt.

Im Folgenden interessiert der Einfluss des dritten Effektes. Zur Messung der Einsparung von Leistungskosten aufgrund einer Verhaltensänderung der Versicherten sind spezielle Untersuchungsdesigns nötig. Diese Untersuchungsdesigns sind äusserst anspruchsvoll und erfordern Daten, die heute für die Schweiz nicht vorliegen, bzw. Versuchsanordnungen, die nicht ohne weiteres durchgeführt werden können. Deshalb diskutiert die Studie B,S,S. (2017) die relevanten Forschungsergebnisse aus dem In- und Ausland. An dieser Stelle wird eine Zusammenfassung der Ergebnisse vorgestellt. Für genauere Angaben wird auf die Studie verwiesen.

Folgende empirische Studien wurden dabei genauer angeschaut:

Internationale Studien

RAND Health Insurance Experiment (Newhouse 2004; Aron-Dine et al. 2013)

Chiappori, Durand und Geoffard (1998)

Winkelmann (2004)

Borah et al. (2011)

Oregon Health Insurance Experiment (Finkelstein et al. 2012)

Nationale Studien

Schellhorn (2001)

Gerfin und Schellhorn (2006)

Trottman, Beck und Zweifel (2012)

Gerfin, Kaiser und Schmid (2015)

Boes und Gerfin (2016)

Fett gedruckt sind die gemäss Studie B,S,S. (2017) relevantesten Studien.

Alle Studien ausser Schellhorn (2001) zeigen einen Zusammenhang zwischen Kostenbeteiligung und der Inanspruchnahme von Leistungen. Das heisst, eine Erhöhung der Kostenbeteiligung führt zu einer Verhaltensänderung der Versicherten und dadurch zu insgesamt tieferen Leistungskosten. Bei allen internationalen Studien konnten die Versicherten ihre Kostenbeteiligung nicht selber wählen, sondern sie wurde vorgegeben. Dies entspricht im schweizerischen System zum Beispiel einer Erhöhung der ordentlichen Franchise, nicht jedoch dem Wechsel der Versicherten in eine höhere Franchise. Im System der Wahlfranchisen erhöhen vor allem Versicherte mit tiefen erwarteten Leistungskosten ihre Kostenbeteiligung (Selbstselektion). Die internationalen Erkenntnisse sind daher nur bedingt auf Schweizer Verhältnisse übertragbar.

Auch die nationale Studie Boes et al. (2016) erhöht für die Studienpopulation die Kostenbeteiligung für alle Versicherte. Sie untersucht, wie die Einführung der Kostenbeteiligung in den ursprünglich ohne Kostenbeteiligungen eingeführten HMO Modellen bei der CSS Versicherung sich auf den Leistungsverzicht auswirkt. Gerfin et al. (2015) untersuchen die Veränderung des Konsumverhalten innerhalb eines Jahres und stellt fest, dass bei Versicherten mit hohen Franchisen Ende Jahr (wenn die Franchise ausgeschöpft ist), der Leistungskonsum grösser ist, als anfangs Jahr, wo die Leistungen selber bezahlt werden müssen. Einzig Trottman et al. (2012) und Gerfin und Schellhorn (2006) untersuchen die Anzahl Arztbesuche und Leistungseinsparungen der Versicherten mit hohen Franchisen im Vergleich zu Versicherten mit ordentlicher Franchise.

Die quantitativen Einsparungen sind je nach Studiendesign unterschiedlich, und die verschiedenen Studien können nur teilweise auf das Wahlfranchisesystem übertragen werden. Allgemein ist jedoch zu erwarten, dass Versicherte mit Leistungskosten unterhalb der ursprünglichen Franchise (vor dem Wechsel) nach Erhöhung der Franchise keine Einsparungen aufgrund Leistungsverzicht machen. Versicherte mit einer 300 Franken Franchise müssen Leistungskosten über 300 Franken haben, damit bei einem Wechsel in eine höhere Franchise überhaupt ein Effekt erzielt wird. Versicherte, die als Ausgangsfranchise bereits eine höhere Franchise haben, müssen dementsprechend höhere Leistungskosten haben, damit bei ihnen eine zusätzliche Verhaltensänderung und dementsprechend tiefere Leistungskosten erwirkt werden. Ebenfalls keine Leistungseinsparungen haben Versicherte, die nach dem Wechsel hohe bis sehr hohe Leistungskosten haben, da mit Erreichen der maximalen Kostenbeteiligung der Sparanreiz wegfällt und man bei schwerer Krankheit kaum mehr auf Leistungen verzichten kann.

Einsparung aufgrund Leistungsverzicht kommt deshalb vor allem bei Versicherten mit moderaten Kosten (und leichteren Erkrankungen) vor.

Grob zusammenfassen kann man die geschätzten Einsparungen der verschiedenen Studien folgendermassen: Eine Erhöhung des selbst zu tragenden Kostenanteils um 10 Prozent (also z.B. von 500 auf 550 Franken) führt im Durchschnitt zu einer Reduktion der Leistungen von 2 Prozent (also z.B. von 1000 Franken auf 980 Franken). Eine Verhaltensänderung erfolgt dabei nur dann, wenn die Änderung der Kostenbeteiligung einen Einfluss auf den effektiven Preis hat, den der Versicherte zahlen muss. Das heisst, eine Erhöhung der Franchise von 500 auf 550 Franken wird nur bei denjenigen Versicherten einen Rückgang der Leistungskosten bewirken, die Leistungen über 500 Franken beanspruchen. Diese Einsparungen sind überdies Durchschnittswerte. Die Heterogenität auf individueller Ebene ist dabei wie oben beschrieben sehr gross. Eine Person mit hohem Leistungsbezug aufgrund einer lebensbedrohenden Krankheit wird aufgrund ihrer (hypothetischen) Franchiseerhöhung kaum weniger zum Arzt gehen. Umgekehrt reagieren Personen mit moderaten Kosten (und leichteren Erkrankungen) in der Regel stärker und erzielen höhere Einsparungen.

Wie in Tabelle 3 ersichtlich, weisen rund 25-38 Prozent der Versicherten mit hohen Wahlfranchisen (1000 Franken oder höher) moderate Kosten auf, weshalb bei ihnen eine gewisse Verhaltensänderung zu erwarten ist, während bei den restlichen 62-75 Prozent der Versicherten aufgrund der zu tiefen oder zu hohen Leistungskosten keine Verhaltensänderung zu erwarten ist. Bei der ordentlichen Franchise sowie der Franchise 500 Franken liegt der Anteil der Versicherten mit moderaten Kosten höher.

Tabelle 3

Franchise	300	500	1'000	1'500	2'000	2'500
Keine Kosten (0 Fr.)	9%	14%	28%	37%	43%	48%
Tiefe Kosten (0–300 Fr.)	8%	10%	18%	19%	20%	19%
Moderate Kosten (300–3'000 Fr.)	42%	43%	38%	32%	28%	25%
Hohe Kosten (> 3'000 Fr.)	41%	34%	16%	12%	9%	8%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Anzahl Versicherte	2'273'728	858'793	280'992	710'409	206'167	944'581

Prozentuale Anteile der Versicherten mit keinen, tiefen, moderaten oder hohen Kosten (Bruttoleistungen) nach Wahlfranchisen. Individualdaten aller Versicherten 2013.

3.4.2 Wahlfranchisen, Leistungen und Prämien

Bisher wurde der Einfluss der höheren Kostenbeteiligung, namentlich der Wahlfranchise, auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Bruttoleistungen) betrachtet. Welchen Einfluss haben aber die Wahlfranchisen auf die vom Versicherer zu vergütenden Leistungen sowie auf die Prämieinnahmen?

Selbstverständlich sind für den Versicherer die Einsparungen grösser, da zusätzlich die Versicherten, bedingt durch die höhere Franchise, mehr Leistungskosten selber übernehmen (erster Effekt der Aufzählung im vorherigen Abschnitt). Das heisst, der Effekt auf die Nettoleistungen ist grösser als der Effekt auf die Bruttoleistungen. Dies gilt allerdings ebenfalls nur für Versicherte, die Leistungskosten über ihrer ursprünglichen Franchise haben. Versicherte, die Leistungskosten unterhalb der ursprünglichen Franchise haben, zahlen zwar weniger Prämien beim Wechsel in eine höhere Wahlfranchise, die Leistungskosten für den Versicherer (Nettoleistungen) sind vor und nach dem Wechsel jedoch gleich hoch (0 Franken).

Versicherte mit Wahlfranchisen erhalten im Gegenzug einen Prämienrabatt im Vergleich zu den Versicherten mit ordentlicher Franchise. Dieser Rabatt ist heute höher als die tatsächlich gemachten Einsparungen (siehe BAG (2015)). Einerseits generiert der Versicherer mit einem Versicherten, der seine Franchise erhöht, weniger Einnahmen, andererseits sinken die zu vergütenden Leistungen nur bei einem Teil der Versicherten, wie folgendes Beispiel zeigt: Erhöht ein Versicherter seine Franchise um 500 Franken, beispielsweise von 1500 auf 2000 Franken, so sinken die Prämieinnahmen des Versicherers um 350 Franken. 80 Prozent der Versicherten, die die Franchise 1500 gewählt haben, verursachen beim Versicherer bereits heute keine Kosten (Nettoleistungen sind Null, vgl. BAG (2015)) – bei ihnen ist es somit gar nicht möglich, dass der Versicherer von der Erhöhung der Franchise profitiert. Dass der betreffende Versicherte, der die Franchise erhöht, zu den 20 übrigen Prozent gehört, ist eher unwahrscheinlich – und dass die Kostenersparnis für den Versicherer bei mehr als 350 Franken liegt, womit er vom Wechsel profitieren würde, tritt nochmals seltener ein.

Für den Versicherer am attraktivsten sind an sich Gesunde mit einer ordentlichen Franchise (da sie eine hohe Prämie zahlen, aber keine oder nur wenige Leistungen beziehen). Wie aus Tabelle 3 ersichtlich ist, gehört nur ein kleiner Teil der Versicherten mit ordentlicher Franchise zu dieser Gruppe. Für den Versicherer ebenfalls attraktiv sind in der Regel Versicherte mit hoher Franchise: Zwar ist hier die Prämie geringer, dafür ist in dieser Gruppe der Anteil der Gesunden sehr hoch – und im Krankheitsfall beteiligen sich diese Versicherten stark an den Kosten¹². Versicherte mit ordentlicher Franchise sind dagegen besonders schlechte Risiken, da sie hohe Leistungen beziehen und sich nur in geringem Umfang an den Kosten beteiligen. Diese Konstellation erklärt, warum jeder Versicherer hohe Ermässigungen für Wahlfranchisen gewähren will: Die gesunden Versicherten würden sonst zu einem Konkurrenten abwandern. Die Mehrzahl der Versicherer gewährt daher heute den maximal möglichen Rabatt auf Wahlfranchisen – selbst wenn die Prämienermässigung grösser ausfällt als die Kosteneinsparung (Effekte 1 und 3 der Aufzählung im vorherigen Abschnitt). Der Risikoausgleich vermochte diesen Anreiz der Versicherer, übermässige Rabatte zu gewähren, bisher nicht ausreichend zu korrigieren.

3.4.3 Leistungsverzicht aus finanziellen Gründen

Die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen soll auch bei geringen finanziellen Mitteln gewährleistet sein. Unerwünscht ist, dass Versicherte, die in finanziellen Schwierigkeiten stecken, eine hohe Franchise wählen, und im Fall einer schweren Erkrankung auf Leistungen verzichten, weil die Kostenbeteiligung für sie nicht tragbar ist.

Der Verzicht auf nicht notwendige Leistungen zulasten der OKP entspricht aus gesundheitspolitischer Sicht der gewünschten Anreizwirkung der Kostenbeteiligung. Der Verzicht auf medizinisch notwendige Leistungen ist hingegen als unerwünschte Folge der Kostenbeteiligung anzusehen. Die Frage des Leistungsverzichts, die im Folgenden behandelt wird, bezieht sich ausschliesslich auf den Verzicht von OKP-Leistungen. Weitere Gesundheitsleistungen wie zum Beispiel Zahnarzt sind in diesem Zusammenhang nicht relevant.

Um diese Fragen beantworten zu können, wird eine Abgrenzung der medizinisch notwendigen OKP-Leistungen benötigt. Die Abgrenzung nach OKP-Leistungen ist zumindest theoretisch möglich. Allerdings wurde diese Abgrenzung in den vorhandenen Studien nicht immer gemacht, so dass es oft zu einer Vermischung verschiedener Gesundheitsleistungen kommt,

¹² Wobei der Risikoausgleich diese Attraktivität bei Jungen und Versicherten ohne Spital und Medikamente im Vorjahr stark schmälern kann, da für diese hohe Abgaben in den Risikoausgleich gezahlt werden müssen.

was bei der Interpretation der Studien beachtet werden muss. Die Definition von notwendigen Leistungen kann zum Beispiel folgendermassen ausschauen (B,S,S.(2017)):

Die Inanspruchnahme einer Leistung des Gesundheitswesens ist dann notwendig,

- Wenn gesundheitliche Probleme vorliegen
- Wenn die Leistung die erwarteten Gesundheitsergebnisse verbessert
- Wenn die Leistung Wirkungen auf den Patienten erzielt, welche dieser durch eigenes Handeln mit geringem Aufwand nicht selber herbeiführen kann.

Diese Definition erlaubt eine klare Abgrenzung der notwendigen Leistungen. In der praktischen Umsetzung ist diese jedoch nicht anwendbar, da die Daten für solch eine Unterscheidung nicht vorhanden sind. In den Bevölkerungsumfragen (SILC, IHP Survey, SGB) wird die Notwendigkeit meist von den Befragten subjektiv beurteilt und kann von einer objektiven Einschätzung abweichen. Auch die befragten Experten konnten keine einheitliche Definition bezüglich notwendigen Leistungen geben (B,S,S. (2017)). Dies legt den Schluss nahe, dass auch die in den Bevölkerungsumfragen befragten Personen unterschiedliche Vorstellungen von notwendigen Leistungen haben.

Die SILC ist die einzige der untersuchten Bevölkerungsumfragen, die in ihrer Frage bezüglich finanziellem Leistungsverzicht die Notwendigkeit der Leistungen berücksichtigt¹³. Dafür wird die Franchise der Befragten nicht erhoben. Aus finanziellen Gründen verzichten gemäss SILC 1.0 Prozent der Versicherten auf notwendige medizinische Leistungen. Bei Personen mit Leistungsverzicht aus finanziellen Gründen sind die Anteile der armutsgefährdeten Personen und Personen mit Zahlungsverzug deutlich grösser als bei Personen ohne Leistungsverzicht. Dabei haben das Einkommen und die finanzielle Lage (Zahlungsverzug) den grössten Zusammenhang mit dem finanziellen Leistungsverzicht, während der Gesundheitszustand nicht signifikant mit dem Leistungsverzicht zusammenhängt (B,S,S. (2017)).

Die IHP Survey 2016 befragt die Personen unter anderem nach dem Verzicht auf medizinische Leistungen aufgrund der Kosten¹⁴. Dabei geben insgesamt 16.2 Prozent der Befragten an, im letzten Jahr auf einen Arztbesuch verzichtet zu haben. Wenig überraschend verzichten vor allem Personen mit unterdurchschnittlichem Einkommen und Ausländer auf Leistungen aufgrund der Kosten. Über 65-jährige verzeichnen den geringsten Leistungsverzicht aufgrund der Kosten (rund 5 Prozent). Der Anteil Personen, die auf Leistungen aufgrund der Kosten verzichten, ist bei den über 65-jährigen bedeutend tiefer als bei den anderen Altersklassen. Eine mögliche Erklärung dafür sind die vermehrten gesundheitlichen Probleme bei den über 65-jährigen mit tiefen Franchisen, aufgrund derer sie nicht auf medizinische Leistungen verzichten wollen. Über 65-jährige Versicherte wählen überdies selten hohe Franchisen (siehe Anhang, Tabelle 4). Aber auch unter Berücksichtigung des schlechteren Gesundheitszustandes der älteren Bevölkerung und der tieferen Franchise geht der Anteil der Befragten, die einen Verzicht auf Leistungen angegeben haben, mit zunehmendem Alter zurück.

¹³ Die Frage in der SILC lautet: «Haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten einen Arzt nicht besuchen können oder eine Behandlung nicht gemacht, obwohl Sie sie nötig gehabt hätten?» Danach wird nach dem Hauptgrund gefragt, wobei zwischen finanziellen und verschiedenen weiteren Gründe unterschieden wird.

¹⁴ Die Frage in der IHP Survey lautet: «Während der letzten 12 Monate, haben Sie da ein medizinisches Problem gehabt, sind aber wegen der Kosten zu keinem Arzt gegangen?»

Versicherte mit hohen Franchisen verzichten ebenfalls eher auf Leistungen als Versicherte mit tiefen Franchisen (siehe Anhang, Tabelle 4). Aus der generellen Frage nach dem Leistungsverzicht in dieser Umfrage lässt sich noch keine Aussage bezüglich der Notwendigkeit machen. Daher wurden weitere Fragen gestellt (siehe Anhang, Tabelle 5), aufgrund derer Rückschlüsse auf die Notwendigkeit der Leistungen gemacht werden können. Es wurde dabei nicht explizit die Notwendigkeit erfragt, sondern ob das medizinische Problem noch besteht oder schlimmer geworden ist und ob die befragte Person zwischenzeitlich zum Arzt gegangen ist. Ein Verzicht auf Arztbesuch bei bestehendem (gleichbleibend oder schlimmer gewordenem) medizinischem Problem wird als ein Verzicht auf notwendige Leistungen interpretiert. Dabei zeigt sich, dass insgesamt rund 3 Prozent der befragten Personen auf notwendige Leistungen verzichten (siehe Anhang, Tabelle 6), wobei Personen mit hohen Franchisen (rund 5 Prozent) etwas häufiger auf notwendige Leistungen verzichten als Personen mit tiefen Franchisen (2 Prozent). Weitaus höher ist jedoch der Verzicht auf nicht notwendige Leistungen bei Personen mit hohen Franchisen (rund 8 Prozent), während bei den tiefen Franchisen der Anteil der Personen, die auf unnötige Leistungen verzichten nur rund 3 Prozent beträgt.

Im Vergleich mit der SILC Umfrage gibt bei der IHP Survey ein viel höherer Anteil an Personen an auf medizinische Leistungen aus Kostengründen zu verzichten. Bei der SILC Umfrage wird explizit auf die Notwendigkeit der medizinischen Leistung hingewiesen, während bei der IHP Survey Umfrage offener nach einem medizinischen Problem gefragt wird, was zu einem höheren Anteil von Betroffenen führt. Ein weiterer Grund kann die unterschiedliche Aufgliederung der Frage sein: Während bei der SILC zuerst allgemein nach Leistungsverzicht gefragt wird und erst danach explizit nach dem Grund des Leistungsverzichts, wird in der IHP Survey in einer Frage direkt nach Leistungsverzicht aufgrund finanziellen Gründen nachgefragt. Es ist möglich, dass die Umfrageteilnehmer dabei die Kostenursache überhören und deshalb vermehrt mit ja antworten. Umgekehrt werden die Umfrageteilnehmer bei der SILC anschliessend nach dem hauptsächlichen Grund des Verzichts gefragt, wobei auch andere Gründe zur Auswahl stehen. Gerade bei telefonischen Befragungen ziehen es die Teilnehmer vielleicht vor, einen anderen Grund anzugeben. Ausserdem dürfte in vielen Fällen eine Kombination von Ursachen Ausschlag für den Leistungsverzicht geben. In der Umfrage besteht jedoch nur die Möglichkeit, einen Grund zu nennen.

Schliesslich ist festzuhalten, dass die Ergebnisse der IHP Survey Umfrage – namentlich die Höhe der Personen mit Leistungsverzicht aus wirtschaftlichen Gründen – mit Vorsicht zu interpretieren sind, da die Notwendigkeit nicht direkt erfragt worden ist und da der Anteil der Befragten, die angeben, keine medizinischen Leistungen in Anspruch genommen zu haben je nach Befragungsart (und Jahr) sehr unterschiedlich ist (siehe Anhang Tabelle 7), weshalb die Ergebnisse nicht sehr stabil sind. Die Höhe des Anteils der Personen, die auf notwendige Leistungen aus Kostengründen verzichten, lässt sich deshalb aufgrund der Umfrage nur ungefähr bestimmen.

Die SGB befragt die Bevölkerung zum Behandlungsverzicht bei 11 Krankheiten¹⁵, allerdings ohne den Grund zu erfragen. Danach verzichten 16.7 Prozent der Bevölkerung auf medizinische Behandlung bei mindestens einer der genannten Krankheiten. Es ist wichtig anzumerken, dass die Notwendigkeit der Behandlung nur vermutet wird (Krankheiten bei denen medizinische Behandlungen in der Regel notwendig sind) und dass der Verzicht alle möglichen Gründe einschliesst und somit der Verzicht aus finanziellen Gründen nicht abgrenzbar ist. Deshalb steht der hohe Anteil der Personen, die einen Behandlungsverzicht angeben, nicht im Widerspruch mit den Erkenntnissen aus der SILC und IHP Analyse. Ebenfalls wurde in der Studie

¹⁵ Diabetes, Arthrose, Magen- und Darmgeschwüre, Osteoporose, Bronchitis, Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenkrankheit und Nierensteine, Krebs und Geschwülste sowie Depression.

Leistungsverzicht anhand der SGB untersucht, inwiefern der Leistungsverzicht bei hohen Franchisen einkommensabhängig ist. Es wurde festgestellt, dass über alle Einkommen die Wahrscheinlichkeit für Behandlungsverzicht bei hoher Franchise etwas höher ist im Vergleich zu einer tiefen Franchise. Jedoch konnte kein Unterschied zwischen einkommensschwachen und besserverdienenden Personen gefunden werden. Diese Analyse liefert also keine Evidenz, dass der Effekt der hohen Franchise auf Behandlungsverzicht bei höherem Einkommen abnimmt. Ebenfalls wurde kein Zusammenhang zwischen der Anzahl Kinder in einem Haushalt und finanziell bedingtem Leistungsverzicht gefunden (B,S,S. (2017)).

Die Studie B,S,S. (2017) untersuchte mit Individualdaten der CSS über 10 Jahre ebenfalls, ob die Wahl hoher Franchisen bei einkommensschwachen Personen im späteren Verlauf zu höheren Kosten (schlechtere Gesundheit) im Vergleich zu einkommensstarken Personen führt. Dabei wurde die IPV als Indikator für einkommensschwache Personen benutzt. Die Analysen zeigen, dass die Wahl hoher Franchisen bei einkommensschwachen Versicherten im Vergleich zu besserverdienenden Versicherten längerfristig nicht zu höheren OKP-Leistungen führen. Es ist im Gegenteil so, dass die Kostendifferenz zwischen einkommensschwachen und einkommensstarken Personen mit Grundfranchise sogar noch höher ausfällt. Es konnte also nicht nachgewiesen werden, dass hohe Franchisen bei einkommensschwachen Personen zu längerfristig höheren Gesundheitsleistungen führen. Diese Analyse schliesst alle Kassenwechsler über die Dauer von 10 Jahren aus. Deshalb ist die gewählte Stichprobe stark selektiv und eine Übertragung der Ergebnisse auf die Gesamtbevölkerung ist nur eingeschränkt möglich. Diese Erkenntnisse unterscheiden sich von internationalen Studien, die ebenfalls die Wirkung des finanziellen Leistungsverzichts auf die Gesundheit untersucht haben (Chen et al. 2011; Heisler et al. 2004, Heisler et al. 2010). Diese Studien zeigen, dass ein Leistungsverzicht mit kleinerer Wahrscheinlichkeit mit einem späteren guten oder sehr guten Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung) einhergeht und dass bei Verzicht auf Medikamente bei chronischen Krankheiten die Wahrscheinlichkeit von Herzinfarkten und Hospitalisationen zunimmt. In der Schweiz konnte ein derartiger Zusammenhang jedoch nicht nachgewiesen werden.

Aus der internationalen Literatur lassen sich folgende weitere Erkenntnisse für den finanziell bedingten Verzicht finden (B,S,S. (2017)):

- Hohe Kostenbeteiligung und tiefe Einkommen haben einen hohen Einfluss auf den finanziell bedingten Leistungsverzicht. Dies gilt auch für Familien (Kemp et al. 2010; Wisk & Witt 2012).
- Bei chronischen Krankheiten kommt finanziell bedingter Leistungsverzicht (Medikamente) häufiger vor als bei anderen Krankheitsbildern (Piette et al. 2004).
- Auch andere Gründe (Wartezeit, schlechte Verfügbarkeit) als finanzieller Leistungsverzicht können eine grosse Rolle bei Leistungsverzicht spielen (Röttger et al. 2016).

Drei Schweizer Studien (Bodenmann et al. 2014; Guessos et al. 2012, Wolff et al. 2011) befassen sich ausschliesslich mit dem Thema des Leistungsverzichts aus finanziellen Gründen in der Westschweiz. Die Studien klammern jedoch die Notwendigkeit der erbrachten Leistung aus. Ebenfalls definieren alle drei Studien den Leistungsumfang breiter als die OKP-Leistungen (einschliesslich Zahnbehandlungen). Aus diesen zwei Gründen ist ein höherer Anteil an Leistungsverzicht der Versicherten als bei der SILC, die explizit die Notwendigkeit einschliesst, nicht erstaunlich. Bodenmann et al. (2014) findet, dass rund 11 Prozent aus finanziellen Gründen auf Leistungen verzichten. Einen Zusammenhang mit der Franchisenhöhe stellt diese Studie nicht her. Guessos et al. (2012) findet einen höheren Leistungsverzicht aus finanziellen Gründen bei Personen mit Wahlfranchisen ab 2000 Franken (15.6 Prozent) im Vergleich zu Personen mit tiefen Franchisen (300 Franken oder 500 Franken), bei denen rund 13.8 Prozent angaben, auf Leistungen zu verzichten. Eine statistische Analyse ergab, dass eine hohe Wahlfranchise die Wahrscheinlichkeit auf finanziellen Leistungsverzicht erhöht. Auch eine frühere Studie (Wolff et al. 2011) fand ähnlich hohe Anteile für den Leistungsverzicht aus finanziellen

Gründen. Allerdings ist, wie bereits erwähnt, unklar, inwiefern dieser Verzicht sich auf «nicht notwendige Leistungen» bezieht. Der Verzicht auf «nicht notwendige Leistungen» entspricht der gewünschten Anreizwirkung der Kostenbeteiligung. Im Gegensatz dazu ist der Verzicht auf notwendige Leistungen unerwünscht. Diese beiden Effekte lassen sich in diesen Studien nicht voneinander trennen. Die Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen wie die IHP Survey bezüglich Verzicht auf medizinischen Leistungen aus Kostengründen unabhängig derer Notwendigkeit.

Eine Expertenbefragung von 10 befragten Fachpersonen aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich ergab zusammenfassend folgende Erkenntnisse (B,S,S. (2017)):

- Sozialhilfeempfänger haben meist die ordentliche Franchise und sind deshalb nicht betroffen vom finanziellen Leistungsverzicht aufgrund hoher Franchise.
- Der Verzicht auf notwendige Leistungen aus finanziellen Gründen kommt vor, ist jedoch nicht quantifizierbar anhand der Expertenbefragung. Einen Zusammenhang mit den Wahlfranchisen ist einigen Fachpersonen ebenfalls bekannt aus der Praxis.
- Der Verzicht bedeutet, nach Einschätzung der Fachpersonen, dass die Personen den Arztbesuch hinauszögern, auf Medikamente verzichten oder nur noch im Notfall zum Arzt gehen.
- Es gibt neben dem Leistungsverzicht aus finanziellen Gründen auch andere Motive, weshalb die Personen auf einen Arztbesuch verzichten.
- Betroffen sind vermehrt Personen mit finanziellen Schwierigkeiten und geringem Einkommen. Auch bei mittelständischen Familien ist ein finanzieller Leistungsverzicht denkbar.

Es ist wichtig, bei den Einschätzungen der Fachpersonen im Hinterkopf zu behalten, dass nur wenige Fachpersonen befragt worden sind und diese oft nur die finanzielle oder die gesundheitliche Sicht auf die Problematik haben. Generell bekundeten die Befragten Mühe, konkrete Beispiele zu nennen. Mehrheitlich stimmen die Angaben aus den Expertengesprächen allerdings mit den gemachten empirischen Feststellungen überein.

3.4.4 Fazit

- Aus den oben erwähnten Studien und Umfrageergebnissen lässt sich folgendes Fazit ziehen und damit eine Antwort auf die ersten zwei Fragen aus dem Postulat Schmid-Federer (13.3250) geben: Der Anteil Personen, der auf medizinische Leistungen aus Kostengründen verzichtet, beträgt 10- 20 Prozent, wobei hohe Franchisen und tiefes Einkommen die Wahrscheinlichkeit, auf medizinische Leistungen zu verzichten erhöhen. (IHP Survey, Bodenmann et al. 2014; Guessos et al. 2012, Wolff et al. 2011)
- Der Anteil Personen, der auf medizinische notwendige Leistungen verzichtet, befindet sich im unteren einstelligen Prozentbereich, wobei bei Personen mit hohen Franchisen, dieser Anteil leicht höher ist. (SILC, IHP Survey)
- Die Analyse der SGB zeigt keine Evidenz für erhöhten Leistungsverzicht bei Familien.

3.5 Einkommensabhängige Franchisen

Das Postulat fordert die Prüfung eines Systemwechsel, der die Höhe der Franchise aufgrund des steuerbaren Einkommens oder der Anzahl unterstützungsbedürftiger Angehöriger festlegt. Im Zusammenhang mit einem solchen System stellen sich folgende Fragen.

3.5.1 Festlegung der Franchise nach dem steuerbaren Einkommen

3.5.1.1 Bemessungsgrundlage des Einkommens

Die Berechnung einer Franchise, die von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der versicherten Person abhängig ist, könnte auf die massgebenden Steuerdaten auf Bundesebene oder auf kantonaler Ebene abstellen. Die im Bundesgesetz über die direkte Bundessteuer (DBG; SR 642.11) geregelte direkte Bundessteuer bietet den Vorteil einer gesamtschweizerisch einheitlichen Bemessungsgrundlage. So wird die Gleichbehandlung aller Versicherten ungeachtet ihres Wohnkantons sichergestellt, würde doch bei dieser Annahme die Franchise nach einer einheitlichen Skala für die ganze Schweiz definiert. Allerdings wird die direkte Bundessteuer ausschliesslich nach dem Einkommen berechnet; das Vermögen wird nicht berücksichtigt. Neben dem Einkommen ist aber auch das Vermögen ein wichtiger Indikator der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten. Die Franchise lediglich aufgrund des steuerbaren Einkommens gemäss DBG zu berechnen, könnte somit das angestrebte sozialpolitische Ziel verfehlen und zum ungewollten Ergebnis einer Bevorzugung von Versicherten mit tiefem Einkommen, aber grossem Vermögen führen.

Die Berechnung der Franchise könnte auch gestützt auf die massgebenden kantonalen Steuerdaten erfolgen. Anders als bei der direkten Bundessteuer werden die Steuerpflichtigen bei den kantonalen Steuern auch nach ihrem Vermögen veranlagt. Die kantonalen Steuerdaten zeichnen somit ein umfassenderes Bild der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit als diejenigen auf Bundesebene. Da jedoch jeder Kanton sein eigenes Steuersystem hat, wird das massgebende Einkommen von Kanton zu Kanton unterschiedlich berechnet. Eine schweizweite Gleichbehandlung kann nicht gewährleistet werden, wenn sich für Versicherte mit in absoluten Zahlen identischer wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit je nach Wohnkanton unterschiedliche Franchisen ergeben.

3.5.1.2 Art der Festlegung und Geltungsdauer der Franchisen

Für die Franchise sind ein Mindest- und ein Höchstbetrag sowie eine Abstufung dazwischen festzusetzen. Jede Franchisestufe muss einer definierten wirtschaftlichen Situation entsprechen. Es empfiehlt sich, die Franchise auch für niedrigste Einkommen beizubehalten. Denn die Franchise hat zum Ziel, das Kostenbewusstsein der Versicherten und ihr eigenverantwortliches Verhalten zu stärken, um Arztbesuche bei Bagatellen zu vermeiden. Bei einem System mit Versicherten ohne eine Franchise würde dieses Ziel verfehlt.

Die Franchise wird für ein Jahr gewählt (Art. 64 Abs. 2 Bst. a KVG). Eine individuelle Berechnung der Franchisehöhe für jeden einzelnen Versicherten wird mit erheblichem administrativem Aufwand verbunden sein.

3.5.1.3 Versicherte ohne Einkommen

Die Franchise wird individuell pro Person berechnet. Es gibt keine kollektive Franchise für Versichertengruppen, die eine Hausgemeinschaft bilden (Ehepaar, Familie). Dabei stellt sich die Frage, wie die Franchise von Versicherten ohne Einkommen, wie nichterwerbstätige Ehepartner oder Kinder, zu berechnen ist. Wie soll deren Franchise, die auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit abstellen muss, festgelegt werden? Eine Möglichkeit wäre, in einer Ehe/eingetragenen Partnerschaft die gleiche Franchise für die Partnerinnen oder Partner anzuwenden, da diese gemeinsam veranlagt werden. Bei den steuerlich nicht veranlagten Kindern wäre eine Festlegung der Franchise nach derjenigen der Eltern denkbar. Mit diesem System wären aber nicht alle Situationen abgedeckt: Wie würde die Franchise eines Kindes berechnet, dessen Eltern geschieden sind und je völlig unterschiedliche finanzielle Mittel zur Verfügung haben? Müsste die finanzielle Leistungsfähigkeit jenes Elternteils berücksichtigt werden, der die

elterliche Sorge inne hat? Dies könnte zur Folge haben, dass Situationen geschaffen werden, welche ungerecht wären, wenn der Elternteil ohne elterliche Sorge sich in einer besseren wirtschaftlichen Situation befindet und der Unterhalt des Kindes hauptsächlich durch ihn finanziert wird. Und wie würde die Franchise eines Kindes berechnet, dessen geschiedenen Eltern die gemeinsame elterliche Sorge haben?

Wie hoch würde zudem die Franchise von Nichterwerbstätigen angesetzt, die vom Einkommen ihrer Konkubinatspartnerinnen oder -partner leben? Gemessen an ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit hätten sie eine tiefere Franchise – dies auch bei allenfalls sehr komfortablen wirtschaftlichen Verhältnissen des Paares.

3.5.1.4 Versicherte ohne Steuerveranlagung in der Schweiz

Es gibt Versicherte, die in der Schweiz nicht steuerlich veranlagt werden. So etwa Grenzgängerinnen und Grenzgänger, die für die schweizerische Krankenversicherung optiert haben, in einem EU-/EFTA-Land, in Island oder Norwegen wohnhafte Versicherte, Kurzaufenthalter, Asylsuchende, Schutzbedürftige nach Artikel 66 des Asylgesetzes (AsylG), provisorisch Aufgenommene und Personen, die sich ohne Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz aufhalten (Sans-Papiers). Bei diesen Personenkategorien kann der Versicherer für die Franchiseberechnung nicht auf Steuerdaten abstellen. Ihre Franchise kann demnach nicht nach ihren wirtschaftlichen Ressourcen festgelegt werden.

3.5.1.5 Änderung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, Kantonswechsel

Die Franchise entspricht einem festen *Jahresbetrag*. Sie gilt also für ein ganzes Jahr. Was geschieht, wenn sich die wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten im Lauf des Jahres ändern? Im Steuerbereich können die Steuerpflichtigen in diesem Fall eine Zwischenveranlagung beantragen, um die Steuern, die sie bezahlen müssen, an die neue Situation anzupassen. Versicherte, deren finanzielle Situation sich im Lauf eines Jahres stark verschlechtert, können durch eine zu Beginn des Jahres aufgrund sehr viel besserer wirtschaftlicher Verhältnisse festgesetzte Franchise in ernste Schwierigkeiten geraten. Die Möglichkeit zur Änderung der Franchise unter dem Jahr wäre jedoch mit enormem administrativem Aufwand für die Versicherer verbunden.

Bei einem Kantonswechsel im Lauf des Jahres gilt für die versicherte Person ab dem Umzug die Prämie im neuen Kanton. Was geschieht mit der Franchise? Bei der Berechnung auf Basis der kantonalen Steuerdaten wird die Franchise je nach Wohnkanton unterschiedlich ausfallen, da jeder Kanton das steuerbare Einkommen und Vermögen anders ermittelt. Gilt eine Franchise, die in einem anderen Kanton festgelegt wurde, für die ganze Schweiz, oder muss sie an den neuen Kanton angepasst werden? Die erste Annahme kann sich als unbefriedigend hinsichtlich der Gleichbehandlung erweisen, da sie eine unterschiedliche Franchise für Versicherte mit identischer finanzieller Situation nicht ausschliesst. Die zweite Annahme wäre mit erheblichem administrativem Mehraufwand für die Versicherer verbunden, die die Franchise bei jedem Kantonswechsel neu berechnen und den Versicherten bei einer allenfalls tieferen Franchise die Differenz zurückerstatten müssten.

3.5.1.6 Datenschutzproblematik

Der Versicherer muss die Franchise seiner Versicherten spätestens bei Erhalt einer Rechnung zur Leistungsrückerstattung kennen, um abzuklären, inwieweit er diese übernehmen muss. Es sind zwei Wege zur Umsetzung des Systems mit Franchisen nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten denkbar. Entweder berechnet die Steuerbehörde die Franchise der Steuerpflichtigen anhand einer vorgegebenen Skala und teilt sie deren Versicherer mit, oder dem Versicherer werden die massgebenden Steuerdaten (z. B. Veranlagungsverfügung)

übermittelt, damit er die Franchise selbst berechnen kann. Die erste Annahme ist mit erheblichem administrativem Mehraufwand für eine Behörde verbunden, die kein Durchführungsorgan der sozialen Krankenversicherung ist. Der zweiten Annahme steht das Steuergeheimnis sowohl auf Bundesebene (Art. 110 DBG) als auch nach den kantonalen Gesetzgebungen entgegen. Dritten steuerliche Auskünfte zu erteilen ist nur zulässig, soweit dafür eine gesetzliche Grundlage gegeben ist. Diese müsste erst geschaffen werden, bevor die Steuerbehörde den Krankenversicherern die nötigen Daten übermitteln könnte.

Ungeachtet dessen, ob die Steuerbehörde die Franchise berechnet oder dem Versicherer die nötigen Steuerdaten dafür übermittelt, erhält der Versicherer – oder zumindest seine Leistungsabteilung – Kenntnis von den wirtschaftlichen Verhältnissen der Versicherten. Solche Informationen wollen die Versicherten aber tendenziell lieber geheim halten. Sie werden kaum geneigt sein zu akzeptieren, dass der Versicherer über ihre finanzielle Situation informiert wird. Die Geheimhaltung der Daten, in die mit jedem Versichererwechsel mehr Personen Einblick haben, wäre bei diesem Verfahren nicht gewahrt. Dieses System würde wohl auf Widerstand der Versicherten stossen.

3.5.1.7 Neuer Risikoselektionsfaktor

In Anbetracht ihrer hohen Franchise werden sich wirtschaftlich leistungsfähige Versicherte stärker an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben beteiligen. Ein Versicherer mit überdurchschnittlich vielen Versicherten in guten wirtschaftlichen Verhältnissen in seinem Bestand wird mehr Einnahmen aus der Kostenbeteiligung haben. Dadurch kann er tiefere Prämien anbieten. Der Versicherer mit überdurchschnittlich vielen Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen wird hingegen weniger Einnahmen aus der Kostenbeteiligung verzeichnen. Seine Gesundheitsausgaben fallen entsprechend höher aus, was er mit höheren Prämien kompensieren muss. Die Versicherer werden somit grosses Interesse an möglichst vielen gut situierten Versicherten in ihrem Bestand haben. Mit der Berechnung der Franchise aufgrund der wirtschaftlichen Situation der Versicherten entsteht somit ein neuer Risikoselektionsfaktor, da die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit kein Kriterium des Risikoausgleichs ist.

3.5.1.8 Wegfall der Wahlfranchisen

Derzeit können Versicherte, die mehr Eigenverantwortung übernehmen wollen, im Gegenzug zu einer Prämienreduktion eine höhere Franchise wählen. Mit einem Franchisesystem aufgrund der wirtschaftlichen Situation der Versicherten würden die Wahlfranchisen voraussichtlich wegfallen. Denn jede anders als nach den finanziellen Ressourcen der Versicherten bestimmte Franchise wird nicht deren wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit entsprechen und somit nicht systemkonform sein. Ausserdem müssen nach dem Gleichbehandlungsprinzip alle Versicherten die Möglichkeit haben, alle Wahlfranchisen zu wählen und den gleichen Prämienrabbatt zu erhalten.

Mit dem einkommensabhängigen Franchisesystem würden Wahlfranchisen somit voraussichtlich wegfallen. Damit würde die Akzeptanz der OKP insbesondere auch bei gesunden Versicherten untergraben, da eine heute von rund der Hälfte der Versicherten gewählte Option zur Reduktion der Prämien wegfiel, die gleichzeitig das massvolle Verhalten der Versicherten bei der Inanspruchnahme von Leistungen (die Eigenverantwortung) stärkt.

3.5.2 Festlegung der Franchise nach der Anzahl unterstützungsbedürftiger Angehöriger

Das Postulat fordert ausserdem die Möglichkeit eines Systems zu prüfen, das die Höhe der Franchise aufgrund der Anzahl unterstützungsbedürftiger Angehöriger festlegt. Das System soll mit einer Entlastung des Familienbudgets auch ein sozialpolitisches Ziel verfolgen.

3.5.2.1 Definition unterstützungsbedürftiger Angehöriger

Wie bei der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten sei auch hier auf den steuerlichen Unterstützungsbegriff Bezug genommen. Nach Artikel 35 Absatz 1 DBG umfasst dieser jedes minderjährige oder in der beruflichen oder schulischen Ausbildung stehende Kind, für deren Unterhalt die steuerpflichtige Person sorgt, sowie jede erwerbsunfähige oder beschränkt erwerbsfähige Person, zu deren Unterhalt die steuerpflichtige Person mindestens in der Höhe von 6500 Franken pro Jahr beiträgt.

3.5.2.2 Franchisen für Familien

Das KVG basiert auf einem System pro Kopf, das heisst Prämie, Franchise und Selbstbehalt sind individuell. Sie werden pro Person und nicht pro Versichertengemeinschaft wie etwa eine Familie festgelegt. Die Einführung einer Franchise aufgrund der Anzahl unterstützungsbedürftiger Angehöriger kommt im Prinzip der Festlegung einer Franchise pro Hausgemeinschaft gleich. Deren Mitglieder müssten grundsätzlich alle beim gleichen Versicherer versichert sein. Ansonsten wären der Informationsaustausch unter den einzelnen Versicherern und die Leistungsabrechnung der Familienmitglieder mit erheblichem administrativem Aufwand verbunden. Folglich schränkt die Franchise pro Familie die freie Versichererwahl der einzelnen Mitglieder der Hausgemeinschaft ein.

3.5.2.3 Notwendige Berücksichtigung der finanziellen Leistungsfähigkeit der Familie

Wird nur die Anzahl unterstützungsbedürftiger Angehöriger ungeachtet der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Familie berücksichtigt, kann das System dem im Postulat angestrebten sozialen Ziel zuwiderlaufen und zu ungewollten Ergebnissen führen wie beispielsweise die Bevorzugung von Familien, die mehrere Unterstützungsbedürftige haben, finanziell aber sehr gut dastehen. Um dies zu vermeiden, müssen auch die wirtschaftlichen Ressourcen der Familie berücksichtigt werden.

3.5.2.4 Art der Festlegung und Geltungsdauer

Denkbar wäre, die Franchise der Familie auf einen Prozentsatz ihres steuerbaren Einkommens und Vermögens zu begrenzen. Dieser Prozentsatz wird je nach Anzahl unterstützungsbedürftiger Angehöriger variieren.

Mit den neuen Familienformen wird es in der Praxis nicht einfach sein, die Bemessungsgrundlage für die Franchise zu definieren. Die relevanten Faktoren (Einkommen und Vermögen) des Vaters und der Mutter müssen berücksichtigt werden. Wie sieht es aber bei Kindern aus, die Vermögen besitzen oder ein Einkommen erzielen? Wie ist bei nicht verheirateten oder nicht eingetragenen Eltern vorzugehen? Sollen Einkommen und Vermögen von Konkubinatspartnern, die eine Hausgemeinschaft bilden, kumulativ berücksichtigt werden?

Die Franchise wird für ein Jahr festgelegt. Die jährliche Franchisenberechnung wird mit erheblichem administrativem Aufwand verbunden sein.

3.5.2.5 Änderung der Verhältnisse einer Familie im Lauf des Jahres

Die Franchise besteht aus einem festen Jahresbetrag (Art. 64 Abs. 2 Bst. a KVG). Die Schwierigkeiten, die sich bei einer Änderung der finanziellen Situation der Versicherten im Lauf des Jahres ergeben, sind unter Ziffer 3.5.1.5 dargelegt. Die dortigen Erwägungen gelten auch für die Franchise nach der Anzahl unterstützungsbedürftiger Angehöriger, da auch deren Höhe von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Familie abhängig ist (siehe Ziffer 3.5.2.3 vorstehend).

Beim Franchisensystem nach der Anzahl unterstützungsbedürftiger Angehöriger kommt eine weitere Schwierigkeit hinzu: Was geschieht, wenn sich die familiäre Situation im Lauf des Jahres ändert (Geburt eines Kindes, Auszug oder Tod eines unterstützungsbedürftigen Mitglieds)? Muss die Franchise unter dem Jahr an die neue Situation angepasst werden?

3.5.3 Fazit

Eine einkommensabhängige Franchise würde zwar die Solidarität stärken, ist aber mit zu vielen Nachteilen verbunden. Die Nachteile sind neben der Berechnung der Franchisen (bei Erwerbslosen), die Datenschutzproblematik, die Änderung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit oder ein Kantonswechsel des Versicherten während des Jahres, sowie die Risikoselektion aufgrund der finanziellen Leistungsfähigkeit und die fehlende Vereinbarkeit mit dem heutigen System.

Eine Festlegung der Franchise nach Anzahl unterstützungsbedürftigen Angehörigen macht keinen Sinn, da dies einer Festlegung der Franchise pro Hausgemeinschaft gleichkommt, die Bemessungsrundlage aufgrund der neuen Familienformen schwierig zu definieren ist und die Änderung der familiären Situation im Lauf des Jahres ebenfalls berücksichtigt werden muss.

4 Schlussfolgerung

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass sich das heutige System der Kostenbeteiligung im Grundsatz bewährt:

- Die Kostenbeteiligung der ordentlichen Versicherung gewährleistet, dass sich alle Versicherten in einem finanziell tragbaren Masse an ihren Kosten beteiligen, was zur Kosteneindämmung beiträgt.
- Versicherte, die bereit sind, sich im Krankheitsfall in einem grösseren Ausmass an den Kosten zu beteiligen, können ihre Franchise erhöhen. Auch diese Wahlmöglichkeit trägt dazu bei, die Inanspruchnahme von Leistungen, die medizinisch nicht zwingend notwendig sind, zu limitieren.
- Ein grosser Teil der Versicherten schätzt seine Gesundheitsrisiken ungefähr richtig ein und wählt geeignete Franchisen: Versicherte mit hohen Gesundheitsrisiken wählen eher tiefe Franchisen, während gesunde Erwerbstätige mit guter Ausbildung tendenziell hohe Franchisen wählen.
- Leistungsverzicht ist durchaus eine Tatsache, er bezieht sich aber in der Regel auf Leistungen, die medizinisch nicht zwingend notwendig sind, oder hat andere Ursachen als die gewählte Franchisehöhe. Zwar ist nicht zu bestreiten, dass Versicherte aufgrund einer höheren Franchise in bestimmten Fällen auf medizinisch notwendige Leistungen verzichten, allerdings sind solche Fälle eher selten.

Eine grundsätzliche Abkehr vom heutigen System drängt sich aus diesem Grund nicht auf.

Eine Alternative zum heutigen System der Wahlfranchisen bestünde darin, die Franchise in Abhängigkeit des Einkommens oder der Anzahl unterstützungsbedürftiger Angehöriger festzulegen: Damit würde die Solidarität zwischen Versicherten in guten und weniger guten wirtschaftlichen Verhältnissen gestärkt und das Budget von Familien geschont. Zudem würde die Franchise auch Versicherte in sehr guten wirtschaftlichen Verhältnissen dazu bringen, weniger häufig medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Einkommensabhängige Franchisen bedingen allerdings einen grundlegenden Systemwechsel und sind mit zahlreichen Nachteilen und Problemen verbunden:

- Zuallererst dürfte es schwierig sein zu definieren, wie die Franchise berechnet wird: Die massgebenden Steuerdaten für die direkte Bundessteuer bilden eine gesamtschweizerisch einheitliche Grundlage, tragen aber dem Vermögen nicht Rechnung. Die massgebenden kantonalen Steuerdaten werden in den 26 Kantonen unterschiedlich ermittelt, wodurch die Gleichbehandlung der Versicherten nicht gewährleistet ist. Bei der Franchise pro Familie müssten die Vermögenswerte der einzelnen Familienmitglieder bestimmt werden, die zu berücksichtigen sind. Bei vielen Situationen müssten Sonderregelungen eingeführt werden (Versicherte ohne Einkommen, Änderung der finanziellen Situation der Versicherten im Lauf des Jahres etc.). Das Steuergeheimnis lässt heute keine Übermittlung von Steuerdaten an die Versicherer zu.
- Wenn die Franchise aufgrund der wirtschaftlichen Situation der Versicherten bestimmt wird, werden begüterte Versicherte für die Versicherer sehr attraktiv, da sie bei gleicher Prämie eine höhere Kostenbeteiligung leisten. Um das zu verhindern, wäre wiederum der Risikoausgleich anzupassen und zwar derart, dass die wirtschaftliche Situation ein Ausgleichskriterium wäre.
- Die Wahlmöglichkeiten der Versicherten wären gegenüber heute stark eingeschränkt, da eine Wahlfranchise im heutigen Sinne nicht mehr denkbar wäre und die einzelnen Familienmitglieder einer Hausgemeinschaft beim selben Versicherer zu versichern wären.

All diese Gründe sprechen gegen eine so grundsätzliche Abkehr vom aktuellen System, das sich - wie in diesem Bericht aufgezeigt wird - grundsätzlich bewährt hat. Im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung der obligatorischen Krankenversicherung liegen mehrere Vorschläge zur Optimierung im Rahmen des heutigen Systems mit ordentlicher Franchise und Wahlfranchisen vor. Dies betrifft die Höhe der Franchisen, die Anzahl der Wahlfranchisen, deren Rabatte, sowie die zwingende Bindung über mehrere Jahre an eine Franchisehöhe. Die genannten Studien und Untersuchungen lassen folgende Schlüsse zu:

- Unbestritten ist, dass die Selbstselektion den grössten Teil der unterschiedlichen Leistungen der Versicherten in den verschiedenen Franchisen erklärt. Daneben besteht ebenfalls eine Wirkung der Franchise auf das Verhalten der Versicherten. Eine Senkung oder gar Abschaffung der Mindestfranchise ist deshalb nicht angezeigt. Um ihre Wirkung auch im Verlaufe der Zeit in gleichem Ausmass aufrecht zu halten, könnte sie regelmässig dem Kostenanstieg angepasst werden.
- Eine Senkung oder Abschaffung der (hohen) Wahlfranchisen dürfte nicht zielführend sein. Zwar sind die Versicherten, die eine hohe Franchise gewählt haben, überdurchschnittlich gesund, dennoch ist damit zu rechnen, dass mehr Leistungen in Anspruch genommen würden, wenn alle diese Versicherten eine geringere Franchise hätten. Zudem verhelfen die Wahlfranchisen der Akzeptanz des Systems insbesondere auch bei gesunden Versicherten.
- Angesichts der Tatsache, dass die Versicherer an weniger als zehn Prozent ihrer Versicherten, die heute die höchste Wahlfranchise gewählt haben, Leistungen vergüten, ist bei einer Erhöhung der Wahlfranchisen kaum mit Einsparungen zugunsten der Krankenversicherung zu rechnen. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass bei einer Erhöhung der Wahlfranchisen diese für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen nicht mehr in Betracht kommen oder mit dem Risiko verbunden sind, dass sie im Krankheitsfall auf notwendige medizinische Leistungen verzichten.

Jährlich wechseln zwischen 5 und 9 Prozent aller Versicherten die Franchise. In den letzten Jahren hat sich gezeigt, dass immer mehr Versicherte sich entweder für die ordentliche Franchise oder für die höchste Wahlfranchise entscheiden. Dieses Verhalten entspricht durchaus einem rationalen Kalkül: Aufgrund der heute häufig konstanten Franchiserabatte (maximal 70 Prozent der Differenz zur ordentlichen Franchise), ist die Wahl einer mittleren Franchise nicht optimal. Damit sich für Versicherte mit einer mittleren erwarteten Erkrankungswahrscheinlich-

keit die Wahl einer mittleren Franchise rechtfertigen würde, müsste der Franchiserabatt in Abhängigkeit der Franchisehöhe abgestuft werden. Konsequenterweise sollten daher mittlere Franchisen gestrichen oder der zulässige Rabatt für Wahlfranchisen in geeigneter Weise angepasst werden, so dass die Wahl mittlerer Franchisen für bestimmte Versicherte sinnvoll wird.

Da die Wahlfranchise jährlich gewechselt werden kann, haben die Versicherten die Möglichkeit, im Falle einer Erkrankung oder im Hinblick auf eine anstehende Operation die Franchise zu Beginn des Jahres zu senken. Insbesondere aufeinanderfolgende Senkungen und Erhöhungen der Franchise (z. B. um bei einer geplanten Operation die Kostenbeteiligung zu minimieren) widersprechen jedoch dem Prinzip der Selbstverantwortung, das die Wahlfranchise begründet. Das beschriebene Verhalten ist allerdings bei weniger als einem halben Prozent der Versicherten zu beobachten, weshalb bestenfalls ein marginaler Effekt mehrjähriger Wahlfranchisen auf die Kosten zu erwarten ist, und die Prämie der Versicherten mit mehrjährigen Franchisen gegenüber heute kaum signifikant sinken könnte. Die Idee mehrjähriger Franchisen stösst in der Bevölkerung überdies auf wenig Zuspruch.

5 Anhang

Tabelle 4

Leistungsverzicht aufgrund der Kosten

		Insgesamt	Tiefe Franchisen (300, 500)	Hohe Franchisen (> 500)
Total		16.2%	13.8%	19.7%
Geschlecht	Mann	17.3%	14.7%	19.4%
	Frau	15.2%	13.1%	20.1%
Alter	18-34 Jahre	23.1%	21.6%	27.6%
	35-49 Jahre	22.3%	21.4%	23.0%
	50-64 Jahre	13.4%	13.9%	13.9%
	65+ Jahre	4.5%	4.3%	3.3%
Bildung	Obligatorische Schule	13.3%	11.0%	26.0%
	Sekundär I (10. Schuljahr, etc.)	23.6%	24.6%	21.5%
	Sekundär II (Gymnasiale Maturität)	16.2%	13.1%	19.9%
	Post-Sekundär (höhere Berufsbildung)	16.6%	16.8%	17.7%
	Tertiärbereich (Universität)	18.0%	18.9%	16.8%
Einkommen	Unterdurchschnittlich	22.5%	17.2%	29.2%
	Durchschnittlich	13.8%	12.7%	16.0%
	Überdurchschnittlich	10.8%	11.4%	10.4%
Geburtsland	Schweiz	13.7%	12.7%	16.0%
	Ausland	22.3%	16.6%	28.2%
Sprachregion	Deutschschweiz	15.5%	14.2%	18.3%
	Franz. Schweiz	19.2%	14.5%	23.5%
	Italien. Schweiz	12.6%	6.2%	23.2%
Wohnort	Land	11.6%	8.2%	14.4%
	Agglomeration	15.6%	13.6%	18.9%
	Stadt	17.6%	15.3%	21.3%

IHP Survey 2016: Verzicht auf Arztbesuch aufgrund der Kosten nach demografischen Aspekten gemäss Frage (Q1120 a1¹).

Tabelle 5

q1120a1 ¹⁶	qswi1a ¹⁷	qswi1b ¹⁸	Leistungsverzicht
No	NA	NA	Kein Leistungsverzicht
Yes	Stayed the same or become worse	I still cannot afford to see the doctor about this problem	Verzicht auf notwendige Leistungen aufgrund der Kosten
Yes	Stayed the same or become worse	No, I have not seen a doctor and do not have any plans to	Verzicht auf notwendige Leistungen andere Gründe
Yes	Gotten better	No, I have not seen a doctor and do not have any plans to see a doctor Or I still cannot afford to see the doctor about this problem	Verzicht auf nicht notwendige Leistungen
Yes	Stayed the same or become worse	Yes, I have seen a doctor about this problem (and may see the doctor again in the future) Or Yes, I plan to see a doctor about this problem in the future	Verzögerung Leistungs-inanspruchnahme
Not applicable or Blank or not sure	NA	NA	Nicht zutreffend

IHP Survey 2016: Leistungsverzicht mit verschiedenen Gründen des Leistungsverzichts gemäss den drei Fragen q1120a1, qswi1a und qswi1b.

¹⁶ Q1120 A1: Während der letzten 12 Monate, haben Sie da ein medizinisches Problem gehabt, sind aber wegen der Kosten zu keinem Arzt gegangen?

¹⁷ QSWI1a: Sie haben vorher gesagt, dass Sie in den letzten 12 Monaten ein gesundheitliches Problem gehabt haben, dass Sie aber aus Kostengründen nicht beim Arzt gewesen sind. Ist das gesundheitliche Problem schlimmer geworden, ist es gleich geblieben oder ist es besser geworden?

¹⁸ QSWI1b: Sie haben gesagt, dass das Problem („schlimmer“, „gleich“, „besser“) ist. Sind Sie wegen diesem Problem beim Arzt gewesen oder haben Sie noch vor, zum Arzt zu gehen?

Tabelle 6

Leistungsverzicht	Insgesamt	Tiefe Franchisen (300,500)	Hohe Franchisen (>500)
Kein Leistungsverzicht	66.3%	75.0%	57.2%
Verzicht auf notwendige Leistungen aufgrund der Kosten	1.0%	1.0%	0.9%
Verzicht auf notwendige Leistungen andere Gründe	2.3%	1.0%	3.7%
Verzicht auf nicht notwendige Leistungen	5.7%	3.3%	8.8%
Verzögerung Leistungsanspruchnahme	7.1%	8.4%	6.2%
Nicht zutreffend	17.5%	11.2%	23.1%

IHP Survey 2016: Notwendigkeit der medizinischen Leistungen bei einem Verzicht auf medizinische Leistungen aus Kostengründen.

Tabelle 7

		ja	nein	Nicht zutreffend	Weiss nicht
Arztbesuch ¹⁹	2010	5%	91%	4%	0%
	2016	16%	66%	17%	0%
Behandlung ²⁰	2010	4%	91%	5%	0%
	2016	10%	69%	21%	0%
Medikament ²¹	2010	3%	91%	6%	0%
	2016	9%	70%	21%	0%

IHP Survey 2010/2016: Vergleich der Umfragen 2010 und 2016: prozentuale Anteile der Antworten der Fragen bezüglich Verzicht aus Kostengründen auf Arztbesuch, Behandlung und Medikamente.

Die stark unterschiedlichen Anteile der beiden Umfragen in der Rubrik „nicht Zutreffend“ deuten darauf hin, dass die Antworten nicht sehr zuverlässig sind. „Nicht zutreffend“ bedeutet, dass der Umfrageteilnehmer kein medizinisches Problem gehabt hatte und deshalb die Frage nicht beantworten kann. Die Zunahme des Anteils mit Verzicht auf Leistungen erklärt sich

¹⁹ Q1120A1 : Während der letzten 12 Monate haben Sie da ein medizinisches Problem gehabt, sind aber wegen der Kosten zu keinem Arzt gegangen?

²⁰ Q1120A2: Während der letzten 12 Monate haben Sie da wegen der Kosten einen medizinischen Test, eine Behandlung oder Nachuntersuchung, wo vom Doktor empfohlen wurde, nicht gemacht?

²¹ Q1120A3: Während der letzten 12 Monate haben Sie da wegen den Kosten ein verschriebenes Medikament nicht abgeholt, oder nicht so viel genommen wie vorgeschrieben?

eventuell durch die unterschiedliche Befragungstechnik. Im Jahr 2010 wurde die Umfrage hauptsächlich telefonisch durchgeführt, während sie im Jahr 2016 hauptsächlich via Internet erfolgte.

6 Literaturverzeichnis

Aron-Dine, A., Einav, L., & Finkelstein, A. (2013). The RAND health insurance experiment, three decades later. *The Journal of Economic Perspectives*, 27(1), 197-222.

BAG (2015). Prämienermässigung für Wahlfranchisen. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/aenderung-der-kvv-zu-den-wahlfranchisen.html>

BAG (2017). Auswahl und Wechsel von Franchisen in der obligatorischen Krankenversicherung. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/aenderung-der-kvv-zu-den-wahlfranchisen.html>

Bodenmann, P., Favrat, B., Wolff, H., Guessous, I., Panese, F., Herzig, L., & Vaucher, P. (2014). Screening primary-care patients forgoing health care for economic reasons. *PloS one*, 9(4).

Boes, S., & Gerfin, M. (2016). Does full insurance increase the demand for health care? *Health Economics*, forthcoming.

Borah, B. J., Burns, M. E., & Shah, N. D. (2011). Assessing the impact of high deductible health plans on healthcare utilization and cost: a changes-in-changes approach. *Health Economics*, 20(9), 1025-1042.

B,S,S. (2017). Leistungsverzicht und Wechselverhalten der OKP-Versicherten im Zusammenhang mit der Wahlfranchise. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung

Burri J. (2013). Kosteneinsparungen und Risikoselektion bei Modellen der Krankenversicherung. *CHSS* 3, 154-158.

Chen, J., Rizzo, J. A., & Rodriguez, H. (2011). The health effects of cost-related treatment delays. *American Journal of Medical Quality*.

Chiappori, P. A., Durand, F., & Geoffard, P. Y. (1998). Moral hazard and the demand for physician services: First lessons from a French natural experiment. *European Economic Review*, 42(3), 499-511.

Ecoplan (2017). Franchisebindung. Eine empirische Untersuchung zur Akzeptanz bei den OKP Versicherten. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.

Europäische Kommission (2016): Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability. Volume 1. https://ec.europa.eu/info/publications/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en

Finkelstein, A., Taubman, S., Wright, B., Bernstein, M., Gruber, J., Newhouse, J. P., & Baicker, K. (2012). The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year. *The Quarterly Journal of Economics*, 127 (3): 1057-1106.

Gerfin, M., & Schellhorn, M. (2006). Nonparametric bounds on the effect of deductibles in health care insurance on doctor visits—Swiss evidence. *Health Economics*, 15(9), 1011-1020.

- Gerfin, M., Kaiser, B., & Schmid, C. (2015). Healthcare demand in the presence of discrete price changes. *Health Economics*, 24(9), 1164-1177.
- Guessous, I., Gaspoz, J. M., Theler, J. M., & Wolff, H. (2012). High prevalence of forgoing healthcare for economic reasons in Switzerland: a population-based study in a region with universal health insurance coverage. *Preventive Medicine*, 55(5), 521-527.
- Heisler, M., Choi, H., Rosen, A. B., Vijan, S., Kabeto, M., Langa, K. M., & Piette, J. D. (2010). Hospitalizations and deaths among adults with cardio-vascular disease who underuse medications because of cost: a longitudinal analysis. *Medical Care*, 48(2), 87.
- Heisler, M., Langa, K. M., Eby, E. L., Fendrick, A. M., Kabeto, M. U., & Piette, J. D. (2004). The health effects of restricting prescription medication use because of cost. *Medical Care*, 42(7), 626-634.
- Kemp, A., Roughead, E., Preen, D., Glover, J., & Semmens, J. (2010). Determinants of self-reported medicine underuse due to cost: a comparison of seven countries. *Journal of Health Services Research & Policy*, 15(2), 106-114.
- Newhouse, J. P. (2004). Consumer-directed health plans and the RAND Health Insurance Experiment. *Health Affairs*, 23(6), 107-113.
- OECD (2016). Health Systems Characteristics Survey. www.oecd.org/els/health-systems/characteristics.htm
- OECD/WHO (2011). OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011, OECD Publishing, Paris.
- Piette, J. D., Heisler, M., & Wagner, T. H. (2004). Cost-related medication underuse among chronically ill adults: the treatments people forgo, how often, and who is at risk. *American Journal of Public Health*, 94(10), 1782-1787.
- Röttger, J., Blümel, M., Köppen, J., & Busse, R. (2016). Forgone care among chronically ill patients in Germany—results from a cross-sectional survey with 15,565 individuals. *Health Policy*.
- Schellhorn, M. (2001). The effect of variable health insurance deductibles on the demand for physician visits. *Health Economics*, 10(5), 441-456.
- Schmid C (2016). Unobserved Out-Of-Pocket Health Care Expenditures: Measurement Error in Register Data. Working Paper, CSS Institut
- Schmid C. (2016). Unobserved Out-Of-Pocket Health Care Expenditures: Measurement Error in Register Data. Working Paper, CSS Institut
- Trottmann, M., Zweifel, P., & Beck, K. (2012). Supply-side and demand-side cost sharing in deregulated social health insurance: Which is more effective? *Journal of Health Economics*, 31(1), 231-242.
- Wisk, L. E., & Witt, W. P. (2012). Predictors of delayed or forgone needed health care for families with children. *Pediatrics*, 130(6), 1027-1037.
- Wolff, H., Gaspoz, JM., Guessous, I. (2011) Health care renunciation for economic reasons in Switzerland. *Swiss Med Wkly*, 141:w13165.