



*Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federal da las assicuranzas socialas*

Materialienbericht

***Selbstgetragene
Gesundheitskosten***

***Neue Formen der Krankenversicherung
Untersuchungsbericht 3***

Forschungsbericht Nr. 4/98

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Autoren: Prognos AG, Rita Baur, Doris Eyett
Durchführung der Befragung: LINK Institut

Ausküofte: Bundesamt für Sozialversicherung
Sektion Statistik
3003 Bern
Herbert Känzig, Telefon 031/322 91 48

Vertrieb: Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale
(EDMZ), 3000 Bern

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherung
CH – 3003 Bern, November 1997
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle
Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines
Belegexemplares an das Bundesamt für Sozialversi-
cherung gestattet.

Bestellnummer: 318.010.4/98 d 1.98 300

Selbstgetragene Gesundheitskosten

Neue Formen der Krankenversicherung Untersuchungsbericht 3

***Studie durchgeführt im Auftrag des Bundesamtes
für Sozialversicherung durch die Prognos AG***

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Zielsetzung, wichtigste Fragestellungen	1
2. Anlage und Durchführung der Untersuchung	3
2.1 Anlage	3
2.2 Erhebungsablauf	4
2.3 Stichprobe und Ausschöpfung	6
2.4 Auswertungsmethode, statistische Prüfverfahren	9
3. Ergebnisse der Journale "Rechnungen für Gesundheitsleistungen"	11
3.1 Problematik, Vorgehensweise	11
3.2 Traditionell Versicherte	12
3.2.1 Die Rechnungen insgesamt	12
3.2.2 Eingereichte Rechnungen / selbstgetragene Kosten	14
3.3 Bonus Versicherte	17
3.3.1 Die Rechnungen insgesamt	17
3.3.2 Eingereichte Rechnungen / selbstgetragene Kosten	19
3.4 Franchise Versicherte (350 Fr.)	21
3.4.1 Die Rechnungen insgesamt	21
3.4.2 Eingereichte Rechnungen / selbstgetragene Kosten	22
3.5 Franchise Versicherte (600 Fr.)	24
3.5.1 Die Rechnungen insgesamt	24
3.5.2 Eingereichte Rechnungen / selbstgetragene Kosten	26
3.6 Franchise Versicherte (1200 Fr.)	28
3.6.1 Die Rechnungen insgesamt	28
3.6.2 Eingereichte Rechnungen / selbstgetragene Kosten	30
3.7 HMO Versicherte	32
3.7.1 Die Rechnungen insgesamt	32
3.7.2 Eingereichte Rechnungen / selbstgetragene Kosten	34
3.8 Vergleich zwischen den Versicherungsformen und Plausibilitätsüberprüfung	36
4. Ergebnisse zu den selbstgetragenen Medikamentenkosten	39
4.1 Problematik, Vorgehensweise	39
4.2 Medikamentenkauf und -bezahlung nach Versichertengruppen	40
4.3 Vergleich der selbst getragenen Medikamentenkosten zwischen den Versicherungsformen und Plausibilitätsüberprüfung	47

Tabellenverzeichnis

	Seite	
Tabelle 2.1	Stichprobe und Ausschöpfung (2. Welle)	7
Tabelle 2.2	Beteiligung der Befragten an den Journalen für Gesundheitsleistungen	8
Tabelle 2.3	Beteiligung an der Befragung "Rechnungen für Gesundheitsleistungen" für beide Zeiträume (1-12/93)	8
Tabelle 3.1	Rechnungen nach Rechnungsstellern 1-12/93 (traditionell Versicherte)	13
Tabelle 3.2	Struktur der Rechnungen - traditionell Versicherte	14
Tabelle 3.3	Erhaltene und eingereichte Rechnungen - traditionell Versicherte	15
Tabelle 3.4	Selbstbezahlte Beträge - traditionell Versicherte	15
Tabelle 3.5	Kategorien von Gesamtrechnungsbeträgen und nicht eingereichten Beträgen	16
Tabelle 3.6	Erhaltene und nicht eingereichte Rechnungen nach Rechnungsstellern	16
Tabelle 3.7	Rechnungen nach Rechnungsstellern 1-12/93 (Bonus Versicherte)	17
Tabelle 3.8	Struktur der Rechnungen - Bonus Versicherte	18
Tabelle 3.9	Erhaltene und eingereichte Rechnungen - Bonus Versicherte	19
Tabelle 3.10	Selbstbezahlte Beträge - Bonus Versicherte	20
Tabelle 3.11	Kategorien von Gesamtrechnungsbeträgen und nicht eingereichten (bzw. letztlich selbst bezahlten) Beträgen	20
Tabelle 3.12	Rechnungen nach Rechnungsstellern 1-12/93 (Franchise Versicherte - 350 Fr.)	21

Tabelle 3.13	Struktur der Rechnungen - Franchise Versicherte (350 Fr.)	22
Tabelle 3.14	Erhaltene und eingereichte Rechnungen - Franchise Versicherte (350 Fr.)	22
Tabelle 3.15	Selbstbezahlte Rechnungen - Franchise Versicherte (350 Fr.)	23
Tabelle 3.16	Kategorien von Gesamtrechnungsbeträgen und nicht eingereichten Beträgen	23
Tabelle 3.17	Rechnungen nach Rechnungsstellern 1-12/93 (Franchise Versicherte - 600 Fr.)	24
Tabelle 3.18	Struktur der Rechnungen - Franchise Versicherte (600 Fr.)	25
Tabelle 3.19	Erhaltene und eingereichte Rechnungen - Franchise Versicherte (600 Fr.)	26
Tabelle 3.20	Selbstbezahlter Betrag - Franchise Versicherte (600 Fr.)	26
Tabelle 3.21	Kategorien von Gesamtrechnungsbeträgen und nicht eingereichten Beträgen	27
Tabelle 3.22	Rechnungen nach Rechnungsstellern 1-12/93 Franchise Versicherte (1200 Fr.)	28
Tabelle 3.23	Struktur der Rechnungen - Franchise Versicherte (1200 Fr.)	29
Tabelle 3.24	Erhaltene und eingereichte Rechnungen Franchise Versicherte (1200 Fr.)	30
Tabelle 3.25	Selbstbezahlte Beträge - Franchise Versicherte (1200 Fr.)	31
Tabelle 3.26	Kategorien von Gesamtrechnungsbeträgen und nicht eingereichten Beträgen	31
Tabelle 3.27	Rechnungen nach Rechnungsstellern 1 bis ca. 10/93 (HMO Versicherte)	33
Tabelle 3.28	Struktur der Rechnungen - HMO Versicherte	33
Tabelle 3.29	Struktur der eingegangenen Rechnungen - HMO Versicherte	34

Tabelle 3.30	Erhaltene und nicht eingereichte Rechnungen - HMO Versicherte	34
Tabelle 3.31	Kategorien von Gesamtrechnungsbeträgen und nicht eingereichten Beträgen	35
Tabelle 3.32	Die Versicherungsformen im Vergleich (Konfidenzintervall $\alpha = 5\%$)	36
Tabelle 3.33	Vergleich der Kosten aus den Administrativdaten und der Befragung 1993	37
Tabelle 4.1	Übersicht:gekaufte Medikamente traditionell Versicherte (n = 698)	41
Tabelle 4.2	Übersicht: gekaufte Medikamente - Bonus Versicherte (n = 734)	42
Tabelle 4.3	Übersicht: gekaufte Medikamente - Franchise Versicherte Fr. 350,- (n = 311)	43
Tabelle 4.4	Übersicht: gekaufte Medikamente - Franchise Versicherte Fr. 600,- (n = 316)	44
Tabelle 4.5	Übersicht: gekaufte Medikamente - Franchise Versicherte Fr. 1200,- (n = 72)	45
Tabelle 4.6	Übersicht: gekaufte Medikamente - HMO Versicherte (n = 750)	46
Tabelle 4.7	Vergleich der Versicherungsformen bezüglich selbst getragener Medikamentenkosten	47

1. Zielsetzung, wichtigste Fragestellungen

Ziel der Untersuchung zu den selbstgetragenen Gesundheitskosten ist es, die Gesundheitskosten zu erfassen, die von den Versicherten gänzlich selbst getragen werden und bei den Krankenkassen gar nicht in Erscheinung treten. Es besteht die Hypothese, dass Versicherte in den Testformen (Bonus, wählbare Jahresfranchisen, HMO) häufiger als traditionell Versicherte Gesundheitskosten gar nicht bei den Krankenkassen geltend machen und gänzlich aus eigener Tasche bezahlen. Wenn dies zutrifft, bedeutet es, dass die Administrativdaten für Versicherte in den Testformen zu niedrige Werte enthalten.

Für traditionell Versicherte gibt es ggf. drei Gründe, angefallene Gesundheitskosten nicht zur Erstattung geltend zu machen:

- wenn die im ganzen Jahr angefallenen Rechnungen für Gesundheitsleistungen unterhalb der obligatorischen Jahresfranchise blieben und es sich daher nicht lohnt, sie einzureichen;
- wenn es sich um Gesundheitskosten (bzw. Medikamente) handelt, die die Krankenkassen gänzlich nicht übernehmen;
- wenn es nicht lohnend erscheint, bei Medikamenten den "Umweg" über einen Arzt zu machen.

Für die Versicherten in den Testformen gibt es **zusätzliche** Gründe, Gesundheitskosten nicht geltend zu machen:

- Bonus-Versicherte, weil sie sonst den Bonus verlieren;
- Versicherte mit wählbarer Jahresfranchise, weil sich das Einreichen von Rechnungen nicht lohnt, solange die (höhere) Franchise nicht ausgeschöpft ist;¹⁾
- HMO-Versicherte evtl., weil sie Leistungen (Medikamente, Untersuchungen) in Anspruch nehmen, die ihnen von der HMO nicht gewährt werden bzw. weil sie evtl. eine Kontrolle wünschen.

1) Versicherte mit wählbarer Jahresfranchise werden im folgenden Franchise-Versicherte oder WJF-Versicherte genannt.

Es kommt also darauf an, die **Differenz** in den gänzlich selbst getragenen Gesundheitskosten zwischen traditionell Versicherten und Versicherten in den Testformen festzustellen. Damit kann angegeben werden, um welche Grössenordnung die Administrativdaten, die ja nur die bei den Krankenkassen registrierten Gesundheitskosten beinhalten, korrigiert werden müssen.

Die selbstgetragenen Gesundheitskosten setzen sich technisch zusammen aus:

- a) Kosten (Rechnungen), die von den Versicherten aus eigener Tasche bezahlt werden und nicht bei den Krankenkassen nur Erstattung geltend gemacht werden;
- b) Kosten (Rechnungen), die zur Erstattung geltend gemacht werden, aber nicht oder nur teilweise ersetzt werden, weil sie nicht in den Leistungskatalog fallen oder der Leistungsumfang begrenzt ist;
- c) Kosten (Rechnungen), die zur Erstattung geltend gemacht werden, aber deren Erstattung um Franchise und Selbstbehalt gekürzt wird.

Mit der Erhebung wurden nur die unter a) erwähnten selbstgetragenen Kosten erfasst; die beiden anderen Positionen ergeben sich aus den Administrativdaten. Erst bei der Zusammenführung von Ergebnissen aus der Erhebung und den Administrativdaten kann die Höhe der selbstgetragenen Gesundheitskosten ermittelt werden. Erst dann kann auch die Frage beantwortet werden, für wen sich die Testformen materiell lohnen.

Wenn im folgenden der Einfachheit halber trotzdem der Begriff "selbstgetragene Gesundheitskosten" verwendet wird, ist stets zu bedenken, dass es sich nur um den bei Krankenkassen nicht in Erscheinung tretenden Teil handelt.

Für die Erhebung der gänzlich selbst getragenen Gesundheitskosten gab es kein geeignetes methodisches Vorbild, die Vorgehensweise musste vielmehr im Rahmen des Projektes entwickelt werden. Aus zeitlichen Gründen konnte auch kein echter (mindestens ein halbes Jahr dauernder) 1:1 Test vorgenommen werden. Insofern handelt es sich auch um ein methodisches Experiment. Die Ergebnisse sprechen aber dafür, dass ein geeignetes methodisches Vorgehen gewählt wurde.¹⁾

1) Der Experimentalcharakter liess es auch nicht vertretbar erscheinen, die Stichproben sehr viel höher anzusetzen, um zu statistisch genaueren Ergebnissen zu kommen.

2. Anlage und Durchführung der Untersuchung

2.1 Anlage

Als Gesundheitskosten sollten erfasst werden Kosten für Dienstleistungen im medizinischen Bereich, für Hilfsmittel und für Medikamente, d.h. solche **Kosten, die im Prinzip** (wenn auch nicht in jedem Einzelfall) auch von den **Krankenkassen übernommen werden**.

Zur Erfassung wurden Journale entwickelt, in die die Befragten erhaltene Rechnungen bzw. getätigte Einkäufe (Medikamente) eintragen sollten.

Es gibt 2 Journale

- Journal "Rechnungen für Gesundheitsleistungen"
- Journal "Medikamente".

Das Journal "**Rechnungen für Gesundheitsleistungen**" erfasst **alle Rechnungen des Jahres 1993**. Es ist zweigeteilt: Im 1. Teil wurden die Rechnungen rückwirkend für die Zeit vom 1.1.1993 - 31.7.93 eingetragen, im zweiten Teil wurden die Rechnungen laufend für die Zeit vom 1.8.93 bis zum 31.12.93 eingetragen. Nicht erfasst sind naturgemäss Rechnungen, die direkt vom Leistungserbringer an die Versicherung gehen und den Patienten nicht zur Kenntnis gelangen.¹⁾

Zu jeder erhaltenen Rechnung sollte angegeben werden:

- Betrag (ggf. separat die Medikamentenkosten)
- Rechnungssteller
- ob sie zur Erstattung eingereicht wurde oder nicht
- ob sie ganz oder teilweise von der Versicherung bezahlt wurde.

Bezüglich der Rechnungen für Gesundheitsleistungen wurde als Erhebungszeitraum deshalb ein ganzes Jahr gewählt, weil solche Rechnungen ein eher seltenes Ereignis darstellen und daher ein kurzer Erfassungszeitraum keine zuverlässigen Ergebnisse bringen würde.

1) Dass Rechnungen dem Patienten nicht zur Kenntnis gelangen, kommt nicht nur in Kantonen mit dem System tiers payants vor, sondern in unterschiedlichem Masse im stationären Bereich, aber auch bei einzelnen ambulanten Leistungen. Diese Rechnungen sind für die gegebene Fragestellung insofern kein Problem, als sie auf jeden Fall bei den Kassen registriert werden und in die Administrativdaten eingehen.

Das **Journal für Medikamente** wurde **einen Monat** lang geführt. Es sollten alle während dieses Monats für den persönlichen (d.h. den Gebrauch der Zielperson) oder gemeinsamen Gebrauch eingekauften Medikamente eingetragen werden.¹⁾ Je Medikament waren anzugeben:

- Name
- für persönlichen oder gemeinsamen Gebrauch
- Art des Mittels
- verschrieben oder nicht verschrieben
- gekauft in Apotheke oder Drogerie, in der Schweiz oder im Ausland
- Selbst bezahlt oder Bezug mit Apothekerschein
- Kosten, falls selbst bezahlt
- ob die Rechnung bei der Versicherung eingereicht wurde/wird oder nicht.

Ferner fand zum Start eine kurze **telefonische Befragung** statt, die der Kontaktschaffung und Motivierung diente und ausserdem Wiederholungsfragen zum Gesundheitszustand enthielt.

2.2 Erhebungsablauf

Die Journale wurden in einem 3-stufigen Test durch Prognos und Link entwickelt, an dem jeweils 15-20 Probanden teilnahmen. Mitte 1993 (27.Juli) erhielten die zu befragenden Zielpersonen in einer ersten Phase in einer Mappe die beiden Journale "Rechnungen für Gesundheitsleistungen" zusammen mit einem vom BSV unterzeichneten Begleitbrief. Die gut zwei Wochen nach dem Versand gestartete Telefonerhebung hatte neben dem Erfassen soziodemographischer und gesundheitsbezogener Merkmale zusätzlich den Zweck, die Zielpersonen zu motivieren, an den schriftlichen Erhebungen teilzunehmen. Falls das retrospektiv auszufüllende Journal "Rechnungen für Gesundheitsleistungen" für das erste Halbjahr 1993 nicht zurückgeschickt worden war, liessen sich die entsprechenden Angaben auch am Schluss des Telefoninterviews vom Interviewer aufnehmen. Die Teilnehmer des Telefoninterviews erhielten im Verlaufe einer der vier folgenden Monate (September bis Dezember 1993) zusätzlich ein Journal für Medikamente zugesandt.

1) Was als "Medikament" eingestuft wurde, unterlag dem subjektiven Urteil der Befragten.

Zur Unterstützung der Mitmachbereitschaft wurde beim ersten schriftlichen Kontakt ein Geschenk angekündigt und im Anschluss an die Telefonbefragung abgegeben (zwei Stadtpläne aus einer Auswahl von 18 City Flash-Karten sowie ein Pflasteretui).

Im Begleitbrief zum Geschenk und zum Medikamentenjournal wurde nochmals auf die Wichtigkeit, das Journal "Rechnungen für Gesundheitsleistungen" bis Ende 1993 weiterzuführen, hingewiesen.

HMO-Versicherte erhielten nur das Journal für Medikamente. Nach erhaltenen Rechnungen für Gesundheitsleistungen und deren Erstattung wurde im Rahmen des telefonischen Interviews der Paralleluntersuchung "qualitative Aspekte" gefragt. Da HMO-Versicherte normalerweise gar keine Rechnungen erhalten, Rechnungen für sie also ein seltenes Ereignis sind, schien es vertretbar, diesen Weg zu wählen. Es schien andererseits nicht vertretbar, HMO-Versicherte mit drei schriftlichen Erhebungen gleichzeitig zu konfrontieren: Fragebogen "Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung", "Medikamentenjournal" und "Journal Rechnungen für Gesundheitsleistungen".

Den einzelnen Journalen war jeweils ein pauschalfrankiertes Rückantwortcouvert beigelegt. Anfang Januar 1994 wurden die Probanden nochmals schriftlich aufgefordert, das Journal "Rechnungen für Gesundheitsleistungen" für das zweite Halbjahr 1995 zurückzusenden. Auch diesem Schreiben war ein pauschalfrankiertes Rückantwortcouvert beigelegt. Bonus-Versicherte erhielten zusätzlich eine Kopie der von ihnen für das erste Halbjahr angegebenen Gesundheitsrechnungen mit der Bitte, die Angaben zur Rückerstattung zu überprüfen und, soweit notwendig, zu aktualisieren (s. Kap. 3.1).

Zielpersonen, die ihre Journale nicht termingerecht zurückschickten, wurden jeweils rund 14 Tage nach dem Einsendetermin telefonisch gemahnt. Dabei wurde, wo es möglich war, versucht, die Angaben direkt am Telefon aufzunehmen. Andernfalls war ein zweites Journal nachzuschicken und im Fall der Medikamentenerhebung von der Zielperson während des nächsten Monats auszufüllen.

Für schwer ansprechbare ältere Personen und Behinderte stand die Option offen, die gesamte oder Teile der Erhebung mittels sogenannten Proxyinterviews indirekt über eine Drittperson durchzuführen.

Verweigerer des Telefoninterviews sollten überzeugt werden, wenigstens an der Non-Response-Erhebung teilzunehmen.

2.3 Stichprobe und Ausschöpfung

Die **Stichprobe** der 2. Welle der Versichertenbefragung umfasste 4.040 Adressen, die von den Krankenkassen an LINK geliefert wurden.

Die **Ausschöpfungsquote** ist recht gut. Sie beträgt für das telefonische Interview bezogen auf die effektive Stichprobe 80 % bzw. bezogen auf die bereinigte Stichprobe 85 %. Die einzelnen Informationen zu Stichprobe und Ausschöpfung sind in Tabelle 2.1 zusammengestellt.

Die **Beteiligung** der Versicherten an den jeweiligen Befragungen ist je nach Versicherungstyp unterschiedlich: Bonus-Versicherte beteiligten sich an allen Befragungen am stärksten, während Franchise-Versicherte das geringste Interesse an den jeweiligen Befragungen zeigten. Erklärt werden kann diese geringere Beteiligung damit, dass der grösste Teil der Versicherten mit einer erhöhten Franchise in der Suisse Romande wohnt und dort die Bereitschaft für Befragungen erfahrungsgemäss weit niedriger ist als in den anderen Teilen der Schweiz.

Die Mitwirkung am zweiten Befragungsteil der Arztrechnungen (August bis Dezember 1993) ist gegenüber dem ersten Teil deutlich zurückgegangen. Bei allen Versicherungsarten war hier die Beteiligung am geringsten. Die Medikamentenjournale wurden bei allen Versicherungstypen häufiger ausgefüllt als das zweite Journal "Rechnungen für Gesundheitsleistungen", jedoch nicht so häufig wie das erste Journal.

Bei den Personen, die auch schon in der 1. Welle Versichertenbefragung befragt wurden, war die Mitwirkungsbereitschaft höher als bei den erstmals befragten; hauptsächlich bezieht sich dies allerdings auf die Franchise Versicherten (zur Anzahl Panel-Adressen vgl. Tab. A-5.).

Tabelle 2.1: Stichprobe und Ausschöpfung (2. Welle)

	insgesamt	Traditionell	HMO	Bonus	Franchise (WJF)
Effektive Stichprobe ¹⁾	4040	992	1030	919	1099
falsche Adressen, Tel.-Nr., nicht erreichbar	234	34	70	27	103
Bereinigte Stichprobe	3806	958	960	892	996
Durchgeführte Hauptinterviews ²⁾	3225	790	832	799	804
in % der effektiven Stichprobe	79,8	79,6	80,8	86,9	73,2
in % der bereinigten Stichprobe	84,7	82,5	86,7	89,6	80,8
Zusatzbefragung 1 ³⁾ Rechnungsjournal 1 - 7/93		833	⁶⁾	797	811
in % der bereinigten Stichprobe		87,0		89,3	81,4
Zusatzbefragung 2 ⁴⁾ Rechnungsjournal 8 - 12/93		662		724	666
in % der bereinigten Stichprobe		69,1		81,2	66,9
Zusatzbefragung 3 ⁵⁾ Medikamentenjournal	2881	698	750	734	699
in % der bereinigten Stichprobe	75,7	72,9	78,1	82,3	70,2

1) Von Krankenkassen an LINK gelieferte Adressen

2) Telefonische Interviews

3) Schriftliche Zusatzbefragung: Rechnungen für Gesundheitsleistungen Jan. bis Juli 1993. Ein Teil der Befragten hat das 1. Journal für Gesundheitsleistungen ausgefüllt zurückgeschickt, ohne sich jedoch an der telefonischen Befragung zu beteiligen.

4) Schriftliche Zusatzbefragung: Rechnungen für Gesundheitsleistungen Aug. bis Dez. 1993

5) Schriftliche Zusatzbefragung: Medikamentenjournal

6) Bei HMO identisch mit telefonischem Hauptinterview

Sieht man sich die Teilnahme der Versicherten an der Zusatzbefragung "Rechnungen für Gesundheitsleistungen" näher an, so stellt man fest, dass sich ein erheblicher Teil der Befragten nur an der ersten Zusatzbefragung für den Zeitraum Januar bis Juli 1993 beteiligt haben (Tab. 2.2). Selten kam es vor, dass sich Versicherte nur an der Befragung für die zweite Jahreshälfte beteiligten. In die **Auswertung der Journale "Kosten für Gesundheitsleistungen"** wurden nur jene Versicherte einbezogen, die sich an beiden Befragungen beteiligt haben, d.h. sowohl das Journal für den Zeitraum Januar bis Juli 1993, als auch das für August bis Dezember 1993 zurückgeschickt haben.

Tabelle 2.2: Beteiligung der Befragten an den Journalen für Gesundheitsleistungen

	nur für den Zeitraum 1-7/93	nur für den Zeitraum 8-12/93	für beide Zeiträume 1-12/93
traditionell Versicherte	215	44	618
Bonus-Versicherte	126	53	671
WJF-Versicherte	187	42	624

Die Verteilung der Franchise-Versicherten, die beide Journale zu Rechnungen für Gesundheitsleistungen ausgefüllt haben, sieht für die drei Franchisehöhen folgendermassen aus (Tab. 2.3):

Tabelle 2.3: Beteiligung an der Befragung "Rechnungen für Gesundheitsleistungen" für beide Zeiträume (1-12/93)

WJF	Anzahl
350	265
600	285
1200	73
k.A.	1
Summe	624

Umgewichtung

Es gab bei dieser Erhebung nur geringfügige Abweichungen zwischen der Struktur der Stichprobe (Alter, Geschlecht) und der Befragten (vgl. Tabellen A1, A3). Die Stichprobe entsprach in der Altersstruktur jedoch nicht ganz der Grundgesamtheit (wegen der Panel-Stichprobe, in der die Älteren z.T. unterrepräsentiert waren).

Um eine repräsentative Struktur der Daten zu erhalten, wurde die Altersstruktur der einzelnen Versicherungsformen, d.h. bei traditionell, Bonus- und Franchise-Versicherten, der der Grundgesamtheit angepasst. Eine Umgewichtung der Struktur der HMO-Versicherten war aufgrund der nur geringen Abweichungen zwischen Grundgesamtheit, Stichprobe und Befragten nicht erforderlich.

Korrektur der Versicherungszuordnung

Ein sehr geringer Teil von 0,5 % der Versicherten, die angegeben hatten traditionell versichert zu sein, konnten mit Hilfe der Daten des Bundesamtes für Sozialversicherung den Versicherungen mit einer erhöhten Jahresfranchise zugeordnet werden. Darüber hinaus konnte die Jahresfranchise bei 38 % der Befragten, die ihre Franchisehöhe nicht wussten, dadurch festgestellt werden.

2.4 Auswertungsmethode, statistische Prüfverfahren

Die Auswertung basiert im wesentlichen auf Kreuztabellen und Mittelwerten. Für die Prüfung der statistischen Signifikanz, d.h. der Frage, ob Unterschiede zwischen Gruppen als nicht zufällig zu betrachten sind, werden folgende Masse angewandt:

- Chi-Quadrat-Test für Kreuztabellen
- t-test für den Vergleich von Mittelwerten für 2 Gruppen
- F-test (mittels Varianzanalyse) für den Vergleich der Mittelwerte von 3 oder mehr Gruppen.

Als Signifikanzniveau gilt $\alpha = 5\%$, also eine 95 %ige Sicherheit, dass Unterschiede **nicht** zufällig sind bzw. dass der Wert innerhalb des angegebenen Konfidenzintervalls liegt.

Für die wesentlichen Ergebnisse wird im folgenden das Konfidenzintervall angegeben, das anzeigt, innerhalb welcher Bandbreite (bei gegebenem Signifikanzniveau) der "wahre" Wert liegt. Die Grösse des Konfidenzintervalls hängt ab von der Anzahl der Befragten und der Streuung der individuellen Werte. Da Gesundheitskosten sehr stark streuen und, zumindest bei den einzelnen Franchise-Stufen, die Befragtenanzahl klein wird, sind die Konfidenzintervalle teilweise sehr gross.

Die Auswertungen beziehen sich durchweg auf die Gesamtheit der Befragten in einer Versicherungengruppe; Auswertungen für Subgruppen (nach Alter, Geschlecht o.a.) waren von vornherein nicht vorgesehen und hätten höhere Stichprobenzahlen erfordert. Durch die Gewichtung der Daten kann es in den einzelnen Befragungsteilen zu geringfügigen Veränderungen der Fallzahlen und Verteilungen kommen. Angegeben ist in den Tabellen die tatsächliche Fallzahl (n). Durch die Gewichtung kann es auch in den absoluten Zahlen zu Rundungsdifferenzen kommen, die aber nie grösser als ± 1 sind.

Es wurden von den Befragten maximal 20 Einzelrechnungen für Gesundheitsleistungen bzw. ebenfalls max. 20 Einkäufe von Medikamenten in einem Monat notiert. Bei der Zusammenführung so vieler einzelner Dokumentationen, die nicht immer alle vollständig ausgefüllt sind, entstehen zwangsläufig Probleme mit den fehlenden Angaben. Beispielsweise kann es sein, dass die Angabe eines Befragten über die Höhe einer Laborrechnung in die Auswertung der durchschnittlichen Höhe der Laborrechnungen eingeht, nicht jedoch in die Auswertung der durchschnittlichen ambulanten Kosten insgesamt, weil dieser Befragte zu einer anderen Rechnung aus dem ambulanten Bereich den Betrag nicht angegeben hat. Deshalb entsprechen die Summen auf jeweils höherem Aggregationsniveau nicht immer der Addition der Summen der niedrigeren Aggregate.

3. Ergebnisse der Journale "Rechnungen für Gesundheitsleistungen"

3.1 Problematik, Vorgehensweise

Die Erfassung der gänzlich selbstgetragenen, nicht zur Erstattung eingereichten Gesundheitskosten ist mit einer Reihe von Problemen behaftet, die nicht in der Mitwirkungsbereitschaft und Zuverlässigkeit der Befragten, sondern in der Sache selbst liegen. In den Vorabklärungen im Rahmen der Entwicklung der Erhebungsinstrumente ergab sich, dass folgende Punkte offen sind:

Zeitpunkt des Einreichens bei einer Versicherung

Rechnungen können bis zu 5 Jahre nach Erhalt zur Erstattung eingereicht werden, d.h. dass auf jeden Fall ein offenes Ende bleibt. Das Jahresende ist allenfalls ein psychologisch relevantes Datum, kein versicherungsrechtlich relevantes (mit Ausnahme der Bonus-Versicherung). Faktisch ist für 2 bis 5 % der erfassten Rechnungen offen geblieben, ob sie zukünftig noch zur Erstattung eingereicht werden oder nicht.

Abgrenzung zu Administrativdaten, Vermeidung von Doppelerfassung

Die generelle Schnittlinie bildet das Merkmal "bei der Versicherung eingereicht" / "nicht bei der Versicherung eingereicht" (ausser bei Bonus-Versicherungen). Als gänzlich selbstgetragen werden in der folgenden Auswertung die Rechnungen berücksichtigt

- **die nicht zur Erstattung eingereicht wurden und wo auch nicht die Absicht besteht, sie noch einzureichen.**

Ein Unsicherheitsfaktor ist dabei die Gültigkeit der eigenen Verhaltensprognose. Der andere Unsicherheitsfaktor ist die Annahme, dass (mit Ausnahme der Bonus-Versicherung) **alle** eingereichten Rechnungen auch registriert werden, unabhängig davon, ob sie ganz, teilweise oder gar nicht erstattet werden. Zwar wurde diese Praxis in den Gesprächen überwiegend bestätigt, Ausnahmen wurden jedoch nicht ausgeschlossen.

Bei **Bonus-Versicherten** musste die Abgrenzung anders gewählt werden. Sie werden von den Krankenkassen aufgefordert, Rechnungen laufend einzureichen. Sie erhalten gegen Ende des Jahres eine Bilanz und können sich entscheiden, ob sie die Kosten selbst übernehmen wollen oder nicht. Bei Kostenübernahme durch die Versicherten werden die Daten bei der Krankenkasse gelöscht. Deshalb gelten bei Bonus-Versicherten die Kosten als gänzlich selbstgetragen,

- **die gar nicht zur Erstattung eingereicht wurden oder die zwar eingereicht, aber letztlich doch gänzlich selbst bezahlt wurden.**

Eine gewisse Verzerrung im Vergleich zu den traditionell oder Franchise-Versicherten ist nicht auszuschliessen: unter den eingereichten, aber dann doch selbst bezahlten Rechnungen können sich auch solche befinden, die von der Erstattung ausgeschlossen sind, während bei den beiden anderen Versichertengruppen diese als "registriert" gelten und somit in unserer Berechnung der "gänzlich selbstgetragenen Gesundheitskosten" nicht erfasst wurden.

Bei Rechnungen von selbstdispensierenden Ärzten können auch **Medikamentenkosten** enthalten sein. Diese wurden abgezogen und den Medikamentenkosten zugerechnet.

3.2 Traditionell Versicherte

3.2.1 Die Rechnungen insgesamt

Von den traditionell Versicherten haben 1993 79 % mindestens eine Rechnung aus dem Gesundheitsbereich erhalten, ohne Zahnarztrechnungen sind es 73 % (Tabelle 3.1). Am häufigsten haben die Versicherten Rechnungen von (Spezial)-Ärzten erhalten. Am höchsten sind die Rechnungsbeträge von Spitälem.

Tabelle 3.1: Rechnungen nach Rechnungsstellern 1 - 12/93 (traditionell Versicherte)

Rechnungssteller	Anteil der Versicherten, die Rechnungen erhalten haben %	durchschnittlicher Betrag je Versicherten (n = 618) Fr.	durchschnittlicher Betrag je Patient ¹⁾ Fr.
Spital/Poliklinik ²⁾	13	519	4211
Arzt, Spezialarzt	66	396	602
Labor/Röntgeninstitut	20	57	284
Hauspflege/Gemeindeschwester/ Hebamme	1	5	437
Psychologe/Psychotherapeut	2	45	1858
Physiotherapeut/Chiropraktiker u.ä	8	41	507
Optiker	11	57	541
Kuranstalt	1	11	840
Naturheiler, Heilpraktiker	3	10	322
Zahnarzt	30	214	710
andere, k.A.	9	36	405
insgesamt ³⁾	79	1393	1765
insgesamt (ohne Zahnarzt)	73	1179	1608

- 1) Patient = Personen, die im Jahr 1993 mindestens eine Rechnung aus dem jeweiligen Bereich bzw. insgesamt erhalten haben.
- 2) Spitäler und Polikliniken waren als Vorgabe zusammengefasst, weil die Trennung in den Probeinterviews nicht gut funktionierte.
- 3) inklusive andere Ärzte und k.A. zum Rechnungssteller.

Zu den **stationären Kosten** zählen Rechnungen aus Spitälern, Polikliniken und Kuraufenthalten.¹⁾ Alle anderen Rechnungen zählen zu den **ambulantem Kosten**, auch solche bei denen der Rechnungssteller, nicht näher spezifiziert worden ist. Das wird damit begründet, dass Rechnungen aus dem stationären Bereich als solche von den Versicherten identifiziert worden wären. Wenn nicht anders erwähnt, werden im folgenden **Rechnungen von Zahnärzten** künftig **nicht** in die Auswertung einbezogen, weil sie i.d.R. nicht zu den erstattungsfähigen Leistungen gehören. Sie wurden lediglich aus befragungspsychologischen Gründen erfasst.²⁾

-
- 1) Spitäler und Polikliniken liessen sich nicht trennen; der Fehler dürfte sehr gering sein, da die meisten Rechnungen aus diesem Bereich hohe Beträge enthalten.
 - 2) Auch die Leistungen von sog. "Naturheilern" sind oft nicht erstattungsfähig. Da es aber Krankenkassen gibt, die die Rechnungen z.B. von nicht-ärztlichen Homöopathen anerkennen, wurden diese Rechnungen in die weitere Auswertung einbezogen (vgl. auch Tab. 3.9).

Tabelle 3.2 zeigt die Grössenordnungen zusammengefasst für den ambulanten und den stationären Bereich. Danach ergibt sich ein Betrag pro Versicherten von insgesamt 1179 Fr., davon entfallen auf den ambulanten Bereich 648 Fr., also rund 55 %, und der Rest auf stationäre Leistungen.

Tabelle 3.2: Struktur der Rechnungen - traditionell Versicherte

traditionell	ambulant ¹⁾	stationär ²⁾	insgesamt
Rechnungen erhalten (in % der Versicherten)	72	14	73
Anzahl Rechnungen	1436	153	1589
durchschnittliche Zahl der Rechnungen pro Versicherten	2,3	0,2	2,6
Betrag pro Patient Fr. ³⁾	895	3810	1606
Betrag pro Versicherten Fr.	648	530	1179 ⁴⁾

- 1) ambulant = Rechnungen von Arzt, Spezialarzt, Labor/Röntgeninstitut, Hauspflege/ Gemeindeschwester/Hebamme, Psychologe/Psychotherapeut, Physiotherapeut/Chiropraktiker, Optiker, Naturheiler und Heilpraktiker, andere nicht näher spezifizierte Ärzte sowie k.A.
- 2) stationär = Rechnungen von Spital/Poliklinik und Kuranstalt.
- 3) = Summe der Rechnungsbeträge aus dem jeweiligen Bereich bzw. insgesamt, dividiert durch die Anzahl der Rechnungsempfänger.
- 4) Die Summe der ambulanten und stationären Beträge entspricht nicht exakt der angegebenen Totalsumme, da nicht alle Versicherten sowohl die ambulanten als auch die stationären Kosten angegeben haben. Weiss man beispielsweise von einem Patienten nur die ambulanten Kosten, so können diese bei den Gesamtkosten nicht berücksichtigt werden, da der stationäre Betrag fehlt.

3.2.2 Eingereichte Rechnungen / selbstgetragene Kosten

Der **grösste Teil der Rechnungen** wurde zum Jahresende bereits bei den Versicherungen **eingereicht**, nämlich 84 %. Bei Rechnungen aus dem stationären Bereich liegt dieser Prozentsatz bei 88 %. Der endgültige Anteil **nicht** eingereicherter Rechnungen (also ohne solche, die noch eingereicht werden sollen) beläuft sich auf 7 %. Die meisten Rechnungen für ambulante Leistungen, die bis zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht eingereicht wurden, werden gar nicht bei der Versicherung eingereicht, also selbst bezahlt. Im stationären Bereich wird hingegen der Grossteil der Rechnungen, die noch nicht eingereicht worden sind, später noch eingereicht (Tabelle 3.3).

Von den eingereichten Rechnungen wurden 85 % im ambulanten bzw. 88 % im stationären Behandlungsbereich bereits von der Versicherung bezahlt. 5 % der eingereichten Rechnungen wurden nicht von der Versicherung bezahlt.

Tabelle 3.3: Erhaltene und eingereichte Rechnungen - traditionell Versicherte

traditionell	ambulant ¹⁾		stationär ²⁾		insgesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
erhaltene Rechnungen, davon:	1435	100	154	100	1589	100
- nicht eingereicht, davon:	236	16	19	12	255	16
- werden noch eingereicht	64	27	12	63	76	30
- werden nicht eingereicht	108	46	1	5	109	43
- k.A.	64	27	6	32	70	27
- eingereicht, davon:	1199	84	135	88	1334	84
- Versicherung hat bezahlt	1012	85	119	88	1131	85
- Vers. hat noch nicht bezahlt	107	9	9	7	116	9
- Versicherung bezahlt nicht	65	5	7	5	72	5
- k.A.	15	1	0	0	15	1

1) ambulant = Rechnungen von Arzt, Spezialarzt, Labor/Röntgeninstitut, Hauspflege/ Gemeindegewerkschaft/Hebamme, Psychologe/Psychotherapeut, Physiotherapeut/Chiropraktiker, Optiker, Naturheiler und Heilpraktiker, andere nicht näher spezifizierte Ärzte sowie k.A.

2) stationär = Rechnungen von Spital/Poliklinik und Kuranstalt

Von der gesamten Rechnungssumme je traditionell Versicherten von 1179,1 Fr. wurden 42,5 Fr., also 3,6 %, **nicht** bei der Versicherung **eingereicht** - und somit aus eigener Tasche bezahlt (Tabelle 3.4). Sie betreffen zu praktisch 100 % den ambulanten Bereich.

Tabelle 3.4: Selbstbezahlte Beträge - traditionell Versicherte

Rechnungen erhalten: 73 % der Versicherten			
	Betrag in Fr.	Konfidenzintervall ($\alpha = 5\%$)	
Gesamtrechnungsbetrag			
- je Versicherten	1.179,1	906,5	1.451,6
- je Patient ¹⁾	1.606,1	1.241,6	1.970,5
Gesamtrechnungsbetrag nicht eingereichter Rechnungen			
- je Versicherten	42,5	23,3	61,7
- je Patient	54,9	28,8	80,9

1) Patienten = Versicherte, die eine Rechnung erhalten haben.

Die folgende Tabelle 3.5 zeigt die Struktur aller erhaltenen und der nicht eingereichten, also selbst bezahlten, Gesamtrechnungsbeträge. Mehr als ein Viertel der Versicherten, nämlich 27 %, haben keine Rechnungen erhalten. Betrachtet man jene Rechnungen, die nicht eingereicht wurden, so zeigt sich, dass nur 13 % der Patienten Rechnungen nicht einreichen; die nicht eingereichten Beträge sind fast durchweg niedrig. Insgesamt weisen die Ergebnisse

darauf hin, dass viele traditionell Versicherte die erhaltenen Rechnungen grundsätzlich, d.h. ohne Berücksichtigung der Franchise, bei der Krankenkasse einreichen.

Tabelle 3.5: Kategorien von Gesamtrechnungsbeträgen und nicht eingereichten Beträgen - traditionell Versicherte

Franken	Anteil der Personen mit einem Gesamtrechnungsbetrag je Person von ...		Anteil der Personen mit einem Gesamtrechnungsbetrag nicht eingereicherter Rechnungen je Person von ...	
	Versicherte	Patienten ¹⁾	Versicherte	Patienten ¹⁾
	in %		in %	
0	27	--	90	87
1 - 150	12	16	5	7
151 - 350	15	21	3	3
351 - 600	11	15	1	1
601 - 1.200	17	23	1	1
1.201 u.m.	18	25	-	1
Σ	100	100	100	100

1) Patienten = Versicherte, die eine Rechnung erhalten haben.

Aufgegliedert nach Rechnungsstellern im einzelnen zeigt sich, dass Rechnungen von Spitälern/Polikliniken immer, von Ärzten und Labors fast immer eingereicht wurden, während die nicht Nichteinreichungsquote bei den übrigen Rechnungsstellern stark schwankt: am höchsten ist sie bei Naturheilern und Heilpraktikern (Tab. 3.6).

Tabelle 3.6: Erhaltene und nicht eingereichte Rechnungen nach Rechnungsstellern - traditionell Versicherte

Rechnungssteller	Anzahl der erhaltenen Rechnungen	Anzahl der endgültig nicht eingereichten Rechnungen	Anteil der nicht eingereichten Rechnungen an den erhaltenen in %
Spital/Poliklinik	143	-	0
Arzt, Spezialarzt	949	34	4
Labor/Röntgeninstitut	182	2	1
Hauspflege/Gemeindeschwester/ Hebamme	7	2	29
Psychologe/Psychotherapeut	47	18	38
Physiotherapeut/Chiropraktiker u. ä.	68	14	21
Optiker	66	12	18
Kuranstalt	10	1	10
Naturheiler, Heilpraktiker	31	19	61
andere, k.A.	86	7	8
Summe (Rechnungen)	1589	109	

3.3 Bonus Versicherte

3.3.1 Die Rechnungen insgesamt

1993 haben 68 % der Bonus Versicherten mindestens eine Arztrechnung erhalten, ohne Zahnarztrechnungen sind es 52 % (Tabelle 3.7). Der grösste Teil der Versicherten, nämlich 43 %, hat eine Rechnung von (Spezial-)Ärzten erhalten. Die Beträge sind bei Rechnungen von Psychologen und von Spitälern pro Patient am höchsten.

Tabelle 3.7: Rechnungen nach Rechnungsstellern 1 - 12/93 (Bonus Versicherte)

Rechnungssteller	Anteil der Versicherten, die Rechnungen erhalten haben %	durchschnittlicher Betrag je Versicherten (n = 671) Fr.	durchschnittlicher Betrag je Patient ¹⁾ Fr.
Spital/Poliklinik	7	187	2494
Arzt, Spezialarzt	43	170	391
Labor/Röntgeninstitut	11	20	187
Hauspflege/Gemeindeschwester/Hebamme	1	3	465
Psychologe/Psychotherapeut	1	40	2695
Physiotherapeut/Chiropraktiker u.ä	4	21	532
Optiker	9	46	510
Kuranstalt	1	14	1934
Naturheiler, Heilpraktiker	2	7	264
Zahnarzt	38	216	571
andere, k.A.	2	6	313
insgesamt ²⁾	68	730	1079
insgesamt (ohne Zahnarzt) ²⁾	52	514	990

1) Patient = Personen, die im Jahr 1993 mindestens eine Rechnung aus dem jeweiligen Bereich bzw. insgesamt erhalten haben

2) inklusive andere Ärzte und k.A. zum Rechnungssteller

Pro Versicherten ergibt sich ein Gesamtrechnungsbetrag von insgesamt 514 Fr., wovon 61 % bzw. 312 Fr. auf den ambulanten Bereich und 201 Fr. auf den stationären entfallen (Tab. 3.8).

Tabelle 3.8: Struktur der Rechnungen - Bonus Versicherte

Bonus	ambulant ¹⁾	stationär ²⁾	insgesamt
Rechnungen erhalten (in % der Versicherten)	51	8	52
Anzahl Rechnungen	797	80	877
durchschnittliche Zahl der Rechnungen pro Versicherten	1,2	0,1	1,3
Betrag pro Patient (Fr.) ³⁾	613	2535	991
Betrag pro Versicherten (Fr.)	312	201	514 ⁴⁾

- 1) ambulant = Rechnungen von Arzt, Spezialarzt, Labor/Röntgeninstitut, Hauspflege/ Gemeindeschwester/Hebamme, Psychologe/Psychotherapeut, Physiotherapeut/Chiropraktiker, Optiker, Naturheiler und Heilpraktiker, andere nicht näher spezifizierte Ärzte sowie k.A.
- 2) stationär = Rechnungen von Spital/Poliklinik und Kuranstalt.
- 3) Patienten = Versicherte, die eine Rechnung erhalten haben.
- 4) Die Summe der ambulanten und stationären Beträge entspricht nicht exakt der angegebenen Totalsumme, da nicht alle Versicherten sowohl die ambulanten als auch die stationären Kosten angegeben haben. Weiss man beispielsweise von einem Patienten nur die ambulanten Kosten, so können diese bei den Gesamtkosten nicht berücksichtigt werden, da der stationäre Betrag fehlt.

3.3.2 Eingereichte Rechnungen / selbstgetragene Kosten

Insgesamt wurden 61 % der Arztrechnungen bereits bei den Krankenkassen eingereicht, wobei dieser Anteil im ambulanten Bereich 59 % ist und im stationären 77 %¹⁾. Der grösste Teil der Rechnungen, der bis zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht eingereicht wurde, wird auch in Zukunft nicht eingereicht werden (Tabelle 3.9).

Tabelle 3.9: Erhaltene und eingereichte Rechnungen - Bonus Versicherte

Bonus	ambulant ¹⁾		stationär ²⁾		insgesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
erhaltene Rechnungen, davon:	797	100	80	100	877	100
– nicht eingereicht, davon:	324	41	18	23	342	39
– werden noch eingereicht	34	10	4	20	38	11
– werden nicht eingereicht	278	86	15	80	293	86
– k.A.	11	4	–	0	11	3
– eingereicht, davon:	473	59	62	77	535	61
– Versicherung hat bezahlt	373	79	57	93	430	81
– Vers. hat noch nicht bezahlt	43	9	–	–	43	8
– Versicherung bezahlt nicht	55	12	5	7	60	11
– k.A.	2	0	–	–	2	0

1) ambulant = Rechnungen von Arzt, Spezialarzt, Labor/Röntgeninstitut, Hauspflege/ Gemeindeschwester/Hebamme, Psychologe/Psychotherapeut, Physiotherapeut/Chiropraktiker, Optiker, Naturheiler und Heilpraktiker, andere nicht näher spezifizierte Ärzte sowie k.A.

2) stationär = Rechnungen von Spital/Poliklinik und Kuranstalt.

Zu den selbstgetragenen Gesundheitskosten werden bei Bonus-Versicherten nicht nur jene Beträge gezahlt, die nicht eingereicht wurden, sondern auch solche, die eingereicht wurden, aber nicht von der Krankenkasse bezahlt wurden (vgl. Kap. 3.1). Insgesamt betrifft dies 40 % der Rechnungen.

Im Durchschnitt bezahlt jeder Bonus-Versicherte 110,9 Fr. aus eigener Tasche, das sind 21,6 % der entstandenen Kosten, die insgesamt 513,9 Fr. pro Versicherten ausmachen (Tab. 3.10).

1) Zwar wurden die Bonus-Versicherten aufgefordert, ihre Rechnungen einzureichen, aber eine Verpflichtung dazu besteht natürlich nicht.

Tabelle 3.10: Selbstgezahlte Beträge - Bonus Versicherte

Rechnungen erhalten: 52 % der Versicherten			
	Betrag in Fr.	Konfidenzintervall ($\alpha = 5\%$)	
Gesamtrechnungsbetrag			
- je Versicherten	513,9	402,0	625,8
- je Patient ¹⁾	991,9	787,5	1.196,3
Gesamtrechnungsbetrag nicht eingereichter Rechnungen			
- je Versicherten	110,9	75,1	146,7
- je Patient	213,9	143,1	284,7

1) Patienten = Versicherte, die eine Rechnung erhalten haben.

Eine Übersicht über die Gesamtrechnungsbeträge und die nicht eingereichten gibt die Tabelle 3.11. 70 % der Bonus-Versicherten haben 1993 keine Rechnungen aus eigener Tasche bezahlt, die Mehrheit, weil sie gar keine erhalten haben.

Von den Patienten haben 40 % die Rechnung (bzw. alle Rechnungen) bei der Krankenkasse zur Rückerstattung geltend gemacht, 60 % haben die Beträge aus eigener Tasche gezahlt, um den Bonus nicht zu verlieren. Meist handelt es sich allerdings um kleine Beträge (Tabellen 3.10, 3.11).

Tabelle 3.11: Kategorien von Gesamtrechnungsbeträgen und nicht eingereichten (bzw. letztlich selbst bezahlten) Beträgen - Bonus Versicherte

Franken	Anteil der Personen mit einem Gesamtrechnungsbetrag je Person von ...		Anteil der Personen mit einem Gesamtrechnungsbetrag nicht eingereichter Rechnungen je Person von ...	
	Versicherte	Patienten ¹⁾	Versicherte	Patienten ¹⁾
	in %		in %	
0	48	--	70	40
1 - 150	16	31	17	34
151 - 350	12	22	7	13
351 - 600	6	12	3	5
601 - 1.200	8	15	2	5
1.201 u.m.	10	20	1	3
Σ	100	100	100	100

1) Patienten = Versicherte, die eine Rechnung erhalten haben.

3.4 Franchise Versicherte (350 Fr.)

3.4.1 Die Rechnungen insgesamt

Von den 265 befragten Versicherten, mit einer erhöhten Jahresfranchise von 350 Fr. haben fast drei Viertel (74 %) eine Arztrechnung erhalten, ohne Zahnarztrechnungen 67 %. Wie die Tabelle 3.12 zeigt, beläuft sich der durchschnittliche Betrag je Versicherten auf 1735 Fr. (ohne Zahnarztrechnungen).

Tabelle 3.12: Rechnungen nach Rechnungsstellern 1 - 12/93
(Franchise Versicherte - 350 Fr.)

Rechnungssteller	Anteil der Versicherten, die Rechnungen erhalten haben %	durchschnittlicher Betrag je Versicherten (n = 265) Fr.	durchschnittlicher Betrag je Patient ¹⁾ Fr.
Spital/Poliklinik	16	823	5324
Arzt, Spezialarzt	61	516	847
Labor/Röntgeninstitut	23	125	551
Hauspflege/Gemeindeschwester/ Hebamme	–	–	–
Psychologe/Psychotherapeut	4	62	1484
Physiotherapeut/Chiropraktiker u.ä	11	75	689
Optiker	11	62	567
Kuranstalt	2	20	1052
Naturheiler, Heilpraktiker	5	11	213
Zahnarzt	33	230	694
andere, k.A.	6	30	471
insgesamt ²⁾	74	1967	2640
insgesamt (ohne Zahnarzt) ²⁾	67	1735	2578

1) Patient = Personen, die im Jahr 1993 mindestens eine Rechnung erhalten haben

2) inklusive andere Ärzte und k.A. zum Rechnungssteller

Die durchschnittliche Rechnungshöhe pro Versicherten ist im ambulanten und stationären Bereich fast gleich hoch (Tab. 3.13).

Tabelle 3.13: Struktur der Rechnungen - Franchise Versicherte (350 Fr.)

	ambulant ¹⁾	stationär ²⁾	insgesamt
Rechnungen erhalten (in % der Versicherten)	67	16	67
Anzahl Rechnungen	631	84	715
durchschnittliche Zahl der Rechnungen pro Versicherten	2,4	0,3	2,7
Betrag pro Patient (Fr.) ³⁾	1.322	5.199	2.584
Betrag pro Versicherten (Fr.)	886	843	1735 ⁴⁾

- 1) ambulant = Rechnungen von Arzt, Spezialarzt, Labor/Röntgeninstitut, Hauspflege/ Gemeindeschwester/Hebamme, Psychologe/Psychotherapeut, Physiotherapeut/Chiropraktiker, Optiker, Naturheiler und Heilpraktiker, andere nicht näher spezifizierte Ärzte sowie k.A.
- 2) stationär = Rechnungen von Spital/Poliklinik und Kuranstalt.
- 3) Patienten = Versicherte, die eine Rechnung erhalten haben.
- 4) Die Summe der ambulanten und stationären Beträge entspricht nicht exakt der angegebenen Totalsumme, da nicht alle Versicherten sowohl die ambulanten als auch die stationären Kosten angegeben haben. Weiss man beispielsweise von einem Patienten nur die ambulanten Kosten, so können diese bei den Gesamtkosten nicht berücksichtigt werden, da der stationäre Betrag fehlt.

3.4.2 Eingereichte Rechnungen / selbstgetragene Kosten

Von allen eingegangenen Rechnungen wurden insgesamt 79 % bereits zum Jahresende eingereicht. Im stationären Bereich liegt der Anteil der eingereichten Rechnungen bei 86 %, bei Rechnungen aus dem ambulanten Bereich bei 78 % (Tabelle 3.14). Der endgültige Anteil nicht eingereichter Rechnungen beläuft sich auf 6 %.

Tabelle 3.14: Erhaltene und eingereichte Rechnungen - Franchise Versicherte (350 Fr.)

	ambulant ¹⁾		stationär ²⁾		insgesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
erhaltene Rechnungen, davon:	631	100	84	100	715	100
– nicht eingereicht, davon:	140	22	12	14	152	21
– werden noch eingereicht	81	58	7	58	88	58
– werden nicht eingereicht	44	31	1	9	45	30
– k.A.	15	11	4	33	19	12
– eingereicht, davon:	491	78	72	86	563	79
– Versicherung hat bezahlt	374	76	63	88	437	78
– Vers. hat noch nicht bezahlt	45	9	1	1	46	8
– Versicherung bezahlt nicht	70	14	8	11	78	14
– k.A.	2	1	–	–	2	0

- 1) ambulant = Rechnungen von Arzt, Spezialarzt, Labor/Röntgeninstitut, Hauspflege/ Gemeindeschwester/Hebamme, Psychologe/Psychotherapeut, Physiotherapeut/Chiropraktiker, Optiker, Naturheiler und Heilpraktiker, andere nicht näher spezifizierte Ärzte sowie k.A.
- 2) stationär = Rechnungen von Spital/Poliklinik und Kuranstalt

Vom gesamten Rechnungsbetrag je Franchise Versicherten oder Patienten werden 1,5 % nicht bei den Krankenkassen eingereicht (Tabelle 3.15).

Tabelle 3.15: Selbstbezahlte Rechnungen - Franchise Versicherte (350 Fr.)

Rechnungen erhalten: 67 % der Versicherten			
	Betrag in Fr.	Konfidenzintervall ($\alpha = 5\%$)	
Gesamtrechnungsbetrag			
- je Versicherten	1.734,9	1.015,8	2.454,0
- je Patient ¹⁾	2.584,7	1.527,7	3.641,3
Gesamtrechnungsbetrag nicht eingereichter Rechnungen			
- je Versicherten	26,6	13,5	39,8
- je Patient	40,0	20,4	59,6

1) Patienten = Versicherte, die eine Rechnung erhalten haben.

In Tabelle 3.16 ist zu sehen, dass 33 % keine Arztrechnungen erhalten haben, 28,0 % der Versicherten haben Rechnungen mit einem Gesamtbetrag von über 1000 Fr. erhalten. 3 % der Patienten zahlten Gesamtrechnungsbeträge selbst, obwohl der Rechnungsbetrag höher als die Jahresfranchise von 350 Fr. war.

Tabelle 3.16: Kategorien von Gesamtrechnungsbeträgen und nicht eingereichten Beträgen - Franchise Versicherte (Fr. 350.--)

Franken	Anteil der Personen mit einem Gesamtrechnungsbetrag je Person von ...		Anteil der Personen mit einem Gesamtrechnungsbetrag nicht eingereichter Rechnungen je Person von ...	
	Versicherte	Patienten ¹⁾	Versicherte	Patienten ¹⁾
	in %		in %	
0	33	--	88	83
1 - 150	9	14	6	9
151 - 350	9	14	3	5
351 - 600	11	16	2	2
601 - 1.200	13	19	1	1
1.201 u.m.	25	37	--	--
Σ	100	100	100	100

1) Patienten = Versicherte, die eine Rechnung erhalten haben.

3.5 Franchise Versicherte (600 Fr.)

3.5.1 Die Rechnungen insgesamt

Im Jahr 1993 haben 72 % der Franchise-Versicherten, mit einer Jahresfranchise von 600 Fr. eine Arztrechnung erhalten, ohne Rechnungen von Zahnärzten sind es 67 % (Tabelle 3.17).

Tabelle 3.17: Rechnungen nach Rechnungsstellern 1 - 12/93
(Franchise Versicherte - 600 Fr.)

Rechnungssteller	Anteil der Versicherten, die Rechnungen erhalten haben %	durchschnittlicher Betrag je Versicherten (n = 285) Fr.	durchschnittlicher Betrag je Patient ¹⁾ Fr.
Spital/Poliklinik	16	900	5531
Arzt, Spezialarzt	60	455	765
Labor/Röntgeninstitut	25	77	303
Hauspflege/Gemeindeschwester/ Hebamme	1	2	311
Psychologe/Psychotherapeut	1	5	733
Physiotherapeut/Chiropraktiker u.ä	15	103	662
Optiker	8	49	631
Kuranstalt	2	21	1171
Naturheiler, Heilpraktiker	3	9	292
Zahnarzt	30	247	826
andere, k.A.	6	47	786
insgesamt ²⁾	72	1910	2634
insgesamt (ohne Zahnarzt) ²⁾	67	1662	2487

1) Patient = Personen, die im Jahr 1993 mindestens eine Rechnung erhalten haben

2) inklusive andere Ärzte und k.A. zum Rechnungssteller

Jeder Versicherte hat im Durchschnitt Arztkosten von 1662 Fr., rund 45 % davon aus dem ambulanten Bereich (747 Fr.). Insgesamt haben Franchise-Versicherte mit einer Jahresfranchise von 600 Fr. 2,7 Rechnungen pro Versicherten erhalten (Tabelle 3.18).

Tabelle 3.18: Struktur der Rechnungen - Franchise Versicherte (600 Fr.)

	ambulant ¹⁾	stationär ²⁾	insgesamt
Rechnungen erhalten (in % der Versicherten)	66,0	17,2	66,9
Anzahl Rechnungen	671	91	762
durchschnittliche Zahl der Rechnungen pro Versicherten	2,4	0,3	2,7
Betrag pro Patient (Fr.) ³⁾	1134	5312	2484
Betrag pro Versicherten (Fr.)	747	921	1662 ⁴⁾

1) ambulant = Rechnungen von Arzt, Spezialarzt, Labor/Röntgeninstitut, Hauspflege/ Gemeindegeschwester/Hebamme, Psychologe/Psychotherapeut, Physiotherapeut/Chiropraktiker, Optiker, Naturheiler und Heilpraktiker, andere nicht näher spezifizierte Ärzte sowie k.A.

2) stationär = Rechnungen von Spital/Poliklinik und Kuranstalt.

3) Patienten = Versicherte, die eine Rechnung erhalten haben.

4) Die Summe der ambulanten und stationären Beträge entspricht nicht exakt der angegebenen Totalsumme, da nicht alle Versicherten sowohl die ambulanten als auch die stationären Kosten angegeben haben. Weiss man beispielsweise von einem Patienten nur die ambulanten Kosten, so können diese bei den Gesamtkosten nicht berücksichtigt werden, da der stationäre Betrag fehlt.

3.5.2 Eingereichte Rechnungen / selbstgetragene Kosten

63 % aller Rechnungen, die Franchise-Versicherte (WJF 600 Fr.) erhalten haben, wurden zum Jahresende bereits bei den Krankenkassen eingereicht. Im ambulanten Bereich ist dieser Anteil mit 61 % niedriger als im stationären, wo er 77 % beträgt (Tabelle 3.19). Der endgültige Anteil nicht eingereichter Rechnungen an allen Rechnungen beläuft sich auf 13 %.

Tabelle 3.19: Erhaltene und eingereichte Rechnungen - Franchise Versicherte (600 Fr.)

Franchise	ambulant ¹⁾		stationär ²⁾		insgesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
erhaltene Rechnungen, davon:	670	100	91	100	761	100
- nicht eingereicht, davon:	258	39	21	23	279	37
- werden noch eingereicht	142	55	16	76	158	57
- werden nicht eingereicht	92	36	5	24	97	35
- k.A.	24	9	-	-	24	8
- eingereicht, davon:	412	61	70	77	482	63
- Versicherung hat bezahlt	273	66	51	73	324	67
- Vers. hat noch nicht bezahlt	56	14	6	8	62	13
- Versicherung bezahlt nicht	81	20	11	16	92	19
- k.A.	2	-	2	3	4	1

1) ambulant = Rechnungen von Arzt, Spezialarzt, Labor/Röntgeninstitut, Hauspflege/ Gemeindeschwester/Hebamme, Psychologe/Psychotherapeut, Physiotherapeut/Chiropraktiker, Optiker, Naturheiler und Heilpraktiker, andere nicht näher spezifizierte Ärzte sowie k.A.

2) stationär = Rechnungen von Spital/Poliklinik und Kuranstalt.

Durchschnittlich wird ein Betrag von 55,30 Fr. nicht bei den Versicherungen eingereicht. Das sind 3,3 % der erhaltenen Gesamtrechnungsbeträge (Tabelle 3.20).

Tabelle 3.20: Selbstbezahlter Betrag - Franchise Versicherte (600 Fr.)

Rechnungen erhalten: 67 % der Versicherten			
	Betrag in Fr.	Konfidenzintervall ($\alpha = 5\%$)	
Gesamtrechnungsbetrag			
- je Versicherten	1.662,3	1.003,0	2.321,3
- je Patient ¹⁾	2.484,7	1.513,6	3.455,9
Gesamtrechnungsbetrag nicht eingereichter Rechnungen			
- je Versicherten	55,3	37,7	72,9
- je Patient	79,2	53,6	104,8

1) Patienten = Versicherte, die eine Rechnung erhalten haben.

Wie Tabelle 3.21 zeigt, ist ein Viertel der Gesamtrechnungsbeträge höher als 1000 Fr. Rechnungen über 600 Fr. werden sehr selten nicht bei den Versicherungen eingereicht. 71 % der Patienten reichen alle Rechnungen ein und fast die Hälfte der Rechnungen, bei denen der Gesamtrechnungsbetrag die 600er-Franchise nicht übersteigt, werden bei der Krankenkasse eingereicht. Daraus erklärt sich der relativ geringe ermittelte Betrag der gänzlich selbstgetragenen Gesundheitskosten.

Tabelle 3.21: Kategorien von Gesamtrechnungsbeträgen und nicht eingereichten Beträgen

Franken	Anteil der Personen mit einem Gesamtrechnungsbetrag je Person von ...		Anteil der Personen mit einem Gesamtrechnungsbetrag nicht eingereichter Rechnungen je Person von ...	
	Versicherte	Patienten ¹⁾	Versicherte	Patienten ¹⁾
	in %		in %	
0	33	--	88	71
1 - 150	8	11	8	12
151 - 350	20	16	5	7
351 - 600	12	17	5	7
601 - 1.200	17	26	2	3
1.201 u.m.	20	30	--	--
Σ	100	100	100	100

1) Patienten = Versicherte, die eine Rechnung erhalten haben.

3.6 Franchise Versicherte (1200 Fr.)

3.6.1 Die Rechnungen insgesamt

Rund 80 % der Versicherten mit einer wählbaren Jahresfranchise von 1200 Fr. haben 1993 eine Arztrechnung erhalten. Berücksichtigt man die Zahnarztrechnungen nicht, so sind es 68 % der Versicherten (Tabelle 3.22).

Tabelle 3.22: Rechnungen nach Rechnungsstellern 1 - 12/93
Franchise Versicherte (1200 Fr.)

Rechnungssteller	Anteil der Versicherten, die Rechnungen erhalten haben %	durchschnittlicher Betrag je Versicherten (n = 73) Fr.	durchschnittlicher Betrag je Patient ¹⁾ Fr.
Spital/Poliklinik	16	452	2858
Arzt, Spezialarzt	51	308	596
Labor/Röntgeninstitut	13	65	504
Hauspflege/Gemeindeschwester/ Hebamme	1	8	545
Psychologe/Psychotherapeut	1	26	1809
Physiotherapeut/Chiropraktiker u.ä	9	46	529
Optiker	16	72	452
Kuranstalt	3	3	96
Naturheiler, Heilpraktiker	7	40	550
Zahnarzt	37	308	824
andere, k.A.	6	15	257
insgesamt ²⁾	80	1341	1666
insgesamt (ohne Zahnarzt) ²⁾	68	1033	1498

- 1) Patient = Personen, die im Jahr 1993 mindestens eine Rechnung erhalten haben
2) inklusive andere Ärzte und k.A. zum Rechnungssteller

Durchschnittlich hat jeder Versicherte Rechnungen in der Höhe von 1033 Fr. erhalten. Davon entfallen mehr als die Hälfte des Betrags, nämlich 56 % auf den ambulanten Bereich (Tab. 3.23).

Tabelle 3.23: Struktur der Rechnungen- Franchise Versicherte (1200 Fr.)

	ambulant ¹⁾	stationär ²⁾	insgesamt
Rechnungen erhalten (in % der Versicherten)	64	19	68
Anzahl Rechnungen	144	20	164
durchschnittliche Zahl der Rechnungen pro Versicherten	2	0,3	2,3
Betrag pro Patient Fr. ³⁾	915	2.433	1.521
Betrag pro Versicherten Fr.	579	455	1033 ⁴⁾

1) ambulant = Rechnungen von Arzt, Spezialarzt, Labor/Röntgeninstitut, Hauspflege/ Gemeindegeschwester/Hebamme, Psychologin/Psychotherapeut, Physiotherapeut/Chiropraktiker, Optiker, Naturheiler und Heilpraktiker, andere nicht näher spezifizierte Ärzte sowie k.A.

2) stationär = Rechnungen von Spital/Poliklinik und Kuranstalt.

3) Patienten = Versicherte, die eine Rechnung erhalten haben.

4) Die Summe der ambulanten und stationären Beträge entspricht nicht exakt der angegebenen Totalsumme, da nicht alle Versicherten sowohl die ambulanten als auch die stationären Kosten angegeben haben. Weiss man beispielsweise von einem Patienten nur die ambulanten Kosten, so können diese bei den Gesamtkosten nicht berücksichtigt werden, da der stationäre Betrag fehlt.

3.6.2 Eingereichte Rechnungen / selbstgetragene Kosten

Wie die folgende Tabelle 3.24 zeigt, wurde der grösste Teil der Rechnungen, nämlich 65 % bis zum Jahresende nicht bei den Krankenkassen eingereicht. Im stationären Bereich liegt der Anteil der eingereichten Rechnungen mit 55 % deutlich höher als im ambulanten Bereich (33 %). Der endgültige Anteil nicht eingereicher Rechnungen beläuft sich bei dieser Versichertengruppe auf 42 %.

Tabelle 3.24: Erhaltene und eingereichte Rechnungen
Franchise Versicherte (1200 Fr.)

	ambulant ¹⁾		stationär ²⁾		insgesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
erhaltene Rechnungen, davon:	144	100	20	100	164	100
– nicht eingereicht, davon:	97	67	9	45	106	65
– werden noch eingereicht	26	27	4	39	29	28
– werden nicht eingereicht	64	66	5	52	69	65
– k.A.	7	7	1	9	8	7
– eingereicht, davon:	47	33	11	55	58	35
– Versicherung hat bezahlt	31	67	7	61	38	66
– Vers. hat noch nicht bezahlt	4	8	–	–	4	6
– Versicherung bezahlt nicht	12	25	4	39	16	28
– k.A.	–	–	–	–	–	–

- 1) ambulant = Rechnungen von Arzt, Spezialarzt, Labor/Röntgeninstitut, Hauspflege/ Gemeindeschwester/Hebamme, Psychologe/Psychotherapeut, Physiotherapeut/Chiropraktiker, Optiker, Naturheiler und Heilpraktiker, andere nicht näher spezifizierte Ärzte sowie k.A.
- 2) stationär = Rechnungen von Spital/Poliklinik und Kuranstalt.

Von der gesamten Rechnungssumme je Franchise Versicherten (WJF 1200 Fr.) von 1033,0 Fr. wurden 138,6 Fr., also 13,4 %, nicht bei der Versicherung eingereicht, also von vornherein selbst bezahlt (Tab. 3.25).

Tabelle 3.25: Selbstbezahlte Beträge - Franchise Versicherte (1200 Fr.)

Rechnungen erhalten: 68 % der Versicherten			
	Betrag in Fr.	Konfidenzintervall ($\alpha = 5\%$)	
Gesamtrechnungsbetrag			
- je Versicherten	1.033,0	442,3	1.623,7
- je Patient ¹⁾	1.521,6	659,4	2.383,9
Gesamtrechnungsbetrag nicht eingereichter Rechnungen			
- je Versicherten	138,6	81,8	195,3
- je Patient	189,3	109,9	268,7

1) Patienten = Versicherte, die eine Rechnung erhalten haben.

Die Gesamtrechnungsbeträge, die nicht eingereicht wurden, überstiegen nie die gewählte Jahresfranchise von 1200 Fr. (Tab. 3.26). Erst bei dieser höchsten Franchisestufe wird die Untererfassung der Kosten bei den Krankenkassen ausgeprägt: bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag von Fr. 1.200.- werden 75 % der Kosten gar nicht bei den Krankenkassen geltend gemacht.

Tabelle 3.26: Kategorien von Gesamtrechnungsbeträgen und nicht eingereichten Beträgen - Franchise Versicherte (Fr. 1.200.--)

Franken	Anteil der Personen mit einem Gesamtrechnungsbetrag je Person von ...		Anteil der Personen mit einem Gesamtrechnungsbetrag nicht eingereichter Rechnungen je Person von ...	
	Versicherte	Patienten ¹⁾	Versicherte	Patienten ¹⁾
	in %		in %	
0	32	--	60	40
1 - 150	11	17	19	28
151 - 350	12	17	6	9
351 - 600	15	22	9	13
601 - 1.200	16	23	6	10
1.201 u.m.	14	21	--	--
Σ	100	100	100	100

1) Patienten = Versicherte, die eine Rechnung erhalten haben.

3.7 HMO Versicherte

3.7.1 Die Rechnungen insgesamt

HMO-Versicherte sollten eigentlich keine Rechnungen aus dem Gesundheitsbereich erhalten, es sei denn, es handelt sich um Leistungen, die die HMO von vornherein ausgenommen hat. Im Prinzip sollten die externen Leistungserbringer, an die HMO-Patienten überwiesen werden, die Rechnung an die HMO stellen. Die Praxis war jedoch 1993 (noch) nicht richtig eingeschrieben.

Insgesamt haben 32 % der HMO-Versicherten seit Anfang 1993 eine Rechnung erhalten, mit Zahnarztrechnungen sind es 62 % (Tabelle 3.27). Es ergibt sich ein durchschnittlicher Betrag von 245 Fr. je Versicherten. Je knapp 40 % der HMO-Versicherten wurden im Oktober oder November 1993 befragt, gut 20 % im September. Im Durchschnitt beziehen sich die Angaben damit auf etwa 10 Monate. Das bedeutet, der durchschnittliche Betrag pro Versicherten liegt um rund 20 % höher, also bei 294 Fr.

Viele der HMO-Versicherten konnten die Höhe ihrer erhaltenen Rechnungen nur teilweise nennen. Aus diesem Grund sind die ausgewiesenen Summen nicht sehr zuverlässig.

Ferner wurde bei HMO-Versicherten **nicht** nach den ggf. **in den Arztrechnungen** enthaltenen **Medikamentenkosten** gefragt, da nicht anzunehmen war, dass die Befragten sie aus der Erinnerung nennen könnten. Legt man die gleichen Anteile zugrunde wie bei den traditionell Versicherten, wären bei diesem Betrag im ambulanten Bereich etwa Fr. 8.– abzuziehen.

Insgesamt ist der HMO-Ergebnisteil nicht direkt vergleichbar mit den Ergebnissen für die anderen Versicherungszweige, weil nur eine telefonische Befragung zu den erhaltenen Arztrechnungen erfolgte. Auf dieser Basis kann aber durchaus gezeigt werden, dass gänzlich selbstgetragene Gesundheitskosten für HMO-Versicherte keine nennenswerte Grösse sind.

Tabelle 3.27: Rechnungen nach Rechnungsstellern 1 bis ca. 10/93 (HMO Versicherte)

Rechnungssteller	Anteil der Versicherten, die Rechnungen erhalten haben %	durchschnittlicher Betrag je Versicherten (n = 832) Fr.	durchschnittlicher Betrag je Patient ¹⁾ Fr.
Spital/Poliklinik	4	37	861
Arzt, Spezialarzt	13	62	499
Hauspflege/Gemeindeschwester/ Hebamme	1	4	440
Psychologe/Psychotherapeut	3	46	1736
Physiotherapeut	1	4	529
Optiker	16	77	499
Kuranstalt	1	20	2765
Naturheiler, Heilpraktiker	2	8	368
Zahnarzt	46	291	654
Gesundheitsdienst	2	21	1171
insgesamt ²⁾	62	539	912
insgesamt (ohne Zahnarzt) ²⁾	32	245	862

1) Patient = Personen, die im Jahr 1993 mindestens eine Rechnung erhalten haben.

2) Die Summe der Beträge der Rechnungssteller pro Versicherten ist nicht identisch mit der Summe insgesamt, da oft HMO-Versicherte die Höhe der erhaltenen Rechnungsbeträge nicht wussten und die Gesamtsumme wegen vieler fehlender Werte auf anderer Basis beruht.

Von den 245 Fr., die pro Versicherten angefallen sind, entfallen 82 % auf den ambulanten Bereich, das sind 202 Fr. Das ist der grösste Anteil von allen Versichertengruppen. Jeder HMO-Versicherte hat durchschnittlich 0,5 Rechnungen erhalten (Tabelle 3.28).

Tabelle 3.28: Struktur der Rechnungen - HMO Versicherte

	ambulant ¹⁾	stationär ²⁾	insgesamt
Rechnungen erhalten (in % der Versicherten)	31	4	32
Anzahl Rechnungen	398	42	440
durchschnittliche Zahl der Rechnungen pro Versicherten	0,5	0,1	0,5
Betrag pro Versicherten Fr.	202	53	245 ³⁾

1) ambulant = Rechnungen von Arzt, Spezialarzt, Hauspflege/Gemeindeschwester/ Hebamme, Psychologe/Psychotherapeut, Physiotherapeut/Chiropraktiker, Optiker, Naturheiler und Heilpraktiker sowie Gesundheitsdienste und Heilmittel.

2) stationär = Rechnungen von Spital/Poliklinik und Kuranstalt.

3) Die Summe der ambulanten und stationären Beträge entspricht nicht exakt der angegebenen Totalsumme, da nicht alle Versicherten sowohl die ambulanten als auch die stationären Kosten angegeben haben. Weiss man beispielsweise von einem Patienten nur die ambulanten Kosten, so können diese bei den Gesamtkosten nicht berücksichtigt werden, da der stationäre Betrag fehlt.

3.7.2 Eingereichte Rechnungen / selbstgetragene Kosten

Von allen erhaltenen Rechnungen wurden 68 % eingereicht, im stationären Bereich liegt die "Einreichungsquote" bei 79 %. Bei HMO-Versicherten wurde in der telefonischen Befragung nicht danach gefragt, ob die noch nicht eingereichten Rechnungen vermutlich noch eingereicht werden, um die Erhebung nicht noch mehr zu komplizieren. Daher dürfte der Anteil (endgültig) nicht eingereichter Rechnungen und der selbst bezahlte Betrag überschätzt sein. Legt man die Verhältnisse bei den traditionell Versicherten zugrunde, könnten sich der Anteil und der Betrag in etwa halbieren. Eine Betrachtung pro Patient ist hier nicht möglich, weil die Rechnungsempfänger nur eine Teilmenge der HMO-Patienten sind.

Von den eingereichten Rechnungen wurden rund 90 % voll oder zum Teil von den Krankenversicherungen schon bezahlt (Tabelle 3.29).

Tabelle 3.29: Struktur der eingegangenen Rechnungen - HMO Versicherte

HMO	ambulant ¹⁾		stationär ²⁾		insgesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
erhaltene Rechnungen, davon:	398	100	42	100	440	100
– nicht eingereicht	123	31	8	19	131	30
– k.A.	9	2	1	2	10	2
– eingereicht, davon:	266	67	33	79	299	68
– Versicherung hat bezahlt	240	90	30	91	270	90
– Vers. hat noch nicht bezahlt	8	3	1	3	9	3
– Versicherung bezahlt nicht	12	5	1	3	13	4
– k.A.	6	2	1	3	7	2

1) ambulant = Rechnungen von Arzt, Spezialarzt, Hauspflege/Gemeindeschwester/ Hebamme, Psychologe/Psychotherapeut, Physiotherapeut/Chiropraktiker, Optiker, Naturheiler und Heilpraktiker sowie Gesundheitsdienste und Heilmittel.

2) stationär = Rechnungen von Spital/Poliklinik und Kuranstalt.

Insgesamt hat jeder HMO-Versicherte 61,9 Fr. der angefallenen 244,6 Fr. selbst bezahlt, das sind rund ein Viertel der Beträge (Tabelle 3.30).

Tabelle 3.30: Erhaltene und nicht eingereichte Rechnungen - HMO Versicherte

Rechnungen erhalten:	32 % der Versicherten	
	Betrag in Fr.	Konfidenzintervall ($\alpha=5\%$)
Gesamtrechnungsbetrag je Versicherten	244,6	174,3 314,9
Gesamtrechnungsbetrag nicht eingereichter Rechnungen je Versicherten	61,9	31,9 92,0

Insgesamt haben 89 % der Versicherten nichts selbst bezahlt. Der Anteil jener, die über 1000 Fr. aus eigener Tasche bezahlt haben liegt bei 1 % (Tabelle 3.31).

Tabelle 3.31: Kategorien von Gesamtrechnungsbeträgen und nicht eingereichten Beträgen

Franken	Anteil der Versicherten mit einem Gesamtrechnungsbetrag je Versicherten von... %	Anteil der Versicherten mit einem Gesamtrechnungsbetrag nicht eingereichter Rechnungen je Versicherten von... %
0	68	89
1 - 150	5	3
151 - 500	10	3
501 - 1000	8	3
> 1000	5	1
k.A. zur Höhe	5	1
Summe	100	100

3.8 Vergleich zwischen den Versicherungsformen und Plausibilitätsüberprüfung

In der folgenden Tabelle 3.32 sind die wesentlichen Kenngrößen zu den selbstgetragenen Kosten bei Rechnungen aus dem Gesundheitsbereich für die verschiedenen Versicherungsformen zusammengestellt. Es zeigt sich, dass im Anteil der endgültig nicht eingereichten Rechnungen an allen erhaltenen Rechnungen die Bonus-Versicherten und die Versicherten mit der höchsten Franchisestufe (1200 Fr.) markant höher liegen als die anderen Gruppen. Hier ist also eine Untererfassung in den Administrativdaten festzustellen, die sich nicht nur bei den Informationen zu den Kosten sondern auch zur Inanspruchnahme auswirkt. Bonus-Versicherte und Versicherte mit der höchsten Franchisestufe zahlen auch die höchsten Beträge aus eigener Tasche, während die Unterschiede zwischen den anderen Gruppen statistisch nicht signifikant sind.

Tabelle 3.32: Die Versicherungsformen im Vergleich (Konfidenzintervall: $\alpha = 5\%$)

1993	traditionell	Bonus	WJF 350	WJF 600	WJF 1200	HMO ³⁾ (ca. 10 Monate)	HMO ²⁾³⁾ (ganzes Jahr 1993)
Rechnungen erhalten (ohne Zahnarzt)	73 %	52 %	67 %	67 %	68 %	32 %	—
Ø Zahl der Rechnungen je Versicherten	2,6	1,3	2,7	2,7	2,3	0,5	—
Ø Betrag je Versicherten (Fr.)	1179	512	1735	1662	1033	245	≈ 294
Konfidenzintervall	906-1551	402-626	1016-2454	1003-2321	442-1624	174-315	—
Ø Betrag je Patient (Fr.)	1606	992	2585	2485	1522	—	—
Konfidenzintervall	1242-1970	787-1196	1528-3641	1514-3456	659-2384	—	—
Anteil endgültig nicht einger. Rechnungen ¹⁾	7 %	40 %	6 %	13 %	42 %	30 %	—
Ø nicht einger. Betrag je Versicherten	42	111	27	55	139	62	≈ 74
Konfidenzintervall	23-62	75-147	14-40	38-73	82-195	32-92	—
Ø nicht einger. Betrag je Patient (Fr.)	55	214	40	79	189	—	—
Konfidenzintervall	29-81	143-285	20-60	54-105	110-269	—	—

- 1) Bei Bonus auch endgültig nicht von Versicherungen übernommene Rechnungen.
- 2) Summen mit 1,2 multipliziert, um zu berücksichtigen, dass sich der Erfassungszeitraum nur auf ca. 10 Monate erstreckt.
- 3) Bei HMO sind die selbstgetragenen Anteile und Beträge sicher überschätzt (vgl. Kap. 3.7.2). Für die Aussagefähigkeit bezüglich der zentralen Fragestellung dürfte dies keine Rolle spielen, da auch bei Halbierung der selbstgetragene Betrag sich noch nicht signifikant von dem der traditionell Versicherten unterscheidet.

Die entscheidende Frage ist, ob es mit der gewählten Vorgehensweise, die hohe Anforderungen an die Befragten stellte, tatsächlich gelungen ist, ein gutes Abbild der bei den Versicherten in Erscheinung tretenden Gesundheitskosten und der nicht eingereichten Rechnungen bzw. Beträge zu gewinnen.

Bezüglich der Gesundheitskosten wird zur Überprüfung ein Vergleich mit den in den **Administrativdaten** erfassten Gesundheitskosten angestellt. Damit kann geprüft werden, ob die in der Befragung ermittelten Grössenordnungen stimmen. Wenn dies der Fall ist, ist der Schluss erlaubt, dass auch die nicht zur Erstattung geltend gemachten, gänzlich selbstgetragenen Kosten in der Grössenordnung einigermaßen zutreffend erfasst sind.

Für den Vergleich scheint es sinnvoll, sich primär auf Kosten aus dem **ambulanten Bereich** zu stützen, da Rechnungen aus dem stationären Bereich häufiger nicht an die Versicherten gehen sondern direkt an die Kassen. Für HMO-Versicherte ist ein solcher Vergleich nicht möglich, da sie systembedingt für den grössten Teil der Leistungen keine Rechnungen erhalten.

Von den in der Befragung ermittelten ambulanten Kosten werden die gänzlich selbst getragenen abgezogen, da sie ja auch in den Administrativdaten nicht enthalten sein können (Tab. 3.33).

Tabelle 3.33: Vergleich der Kosten aus den Administrativdaten und der Befragung 1993

	Versicherte			Franchise	
	Traditionell	Bonus	350	600	1200
Administrativdaten¹⁾					
Fallzahl Versicherte	2.452.480	10.950	38.599	36.448	19.085
	Franken				
Kosten ambulant (ohne Medikamente)					
– je Versicherten	699	202	663	466	274
– je Risikobestand	724	206	694	496	284
Kosten stationär					
– je Versicherten	1.207	415	896	677	458
– je Risikobestand	1.250	422	938	720	475
Befragung					
Fallzahl Befragte	618	671	265	285	73
	Franken				
Kosten ambulant je Versicherten	648	312	886	747	579
Kosten stationär je Versicherten	530	201	843	921	455
Selbstgetragene Kosten insgesamt	42	111	27	55	139
Selbstgetragene Kosten nur ambulant	42	84	27	52	127
Kosten ambulant ohne selbstgetragene Kosten ambulant	606	228	859	695	452
Konfidenzintervall	512-700	167-288	632-1086	512-877	184-717

1) Sonderauswertung, Versicherte ab 18 Jahren

Bei den **traditionell Versicherten** liegen die von den Befragten angegebenen ambulanten Kosten - unter Berücksichtigung des Konfidenzintervalls - ganz geringfügig unter den in den Administrativdaten ausgewiesenen. Eine geringfügige Abweichung nach unten scheint unproblematisch, da ja davon auszugehen ist, dass auch aus dem ambulanten Bereich nicht alle Rechnungen zum Versicherten gelangen.

Bei den **Bonus-Versicherten** decken sich die Werte aus den Administrativdaten und der Befragung sehr gut.

Bei allen drei Gruppen von **Versicherten mit höherer Jahresfranchise** wurden in der Befragung höhere ambulante Kosten ermittelt als in den Administrativdaten ausgewiesen sind; ausserhalb des Konfidenzintervalls der Befragungsdaten liegen allerdings nur die Werte für die Versicherten mit Franchise 600.- Fr. Dennoch überrascht die Gleichförmigkeit. Eine mögliche Erklärung liegt darin, dass in der vorliegenden Auswertung der Administrativdaten der Franchise-Versicherten aus der deutschen Schweiz deutlich überrepräsentiert sind. Ihre ambulanten Kosten liegen aber ein gutes Drittel niedriger als die der Franchise-Versicherten in der französischen Schweiz.

Insgesamt zeigen die Befragungsergebnisse - unter Berücksichtigung der bei einer Stichprobenerhebung gegebenen Fehlergrenzen - eine sehr gute Übereinstimmung mit den Administrativdaten, so dass der Schluss zulässig ist, dass auch die Informationen zu den selbstgetragenen Kosten zuverlässig sind.

4. Ergebnisse zu den selbstgetragenen Medikamentenkosten

4.1 Problematik, Vorgehensweise

Selbstgetragene Medikamentenkosten werden analog zum Vorgehen bei den Rechnungen für Gesundheitsleistungen definiert, d.h., man versteht darunter jene Kosten, die nicht bei den Versicherungen erscheinen und zur Gänze selbst getragen werden, also auch nicht mit Apothekerschein bezogen werden. Das gilt für alle untersuchten Versicherungsarten.

Basis sind die Medikamentenjournale, die für einen Monat von den Versicherten ausgefüllt wurden. Es sollten alle während des Monats für die Benützung durch die Stichprobenperson bzw. für sie und andere Haushaltsmitglieder eingekauften Medikamente eingetragen werden. Diese Abgrenzung beinhaltet folgende Probleme:

- Käufer und Bezugsperson der Befragung sind nicht notwendig identisch; es besteht zumindest die Gefahr, dass die nicht selbst eingekauften Medikamente nicht eingetragen werden.
- Falls das Medikament für mehrere Personen im Haushalt bestimmt war, musste über eine Kostenverteilung entschieden werden. Gut 1/3 der gekauften Medikamente waren für die Zielperson **und** andere Haushaltsmitglieder bestimmt (vgl. Tab. im Anhang 2)

Das Problem der Mehrfachnutzung wurde wie folgt behandelt: Bei Zweipersonen-Haushalten wurden die Kosten halbiert, d.h. der Stichprobenperson wurden die halben Kosten zugeordnet. Bei Haushalten ab drei Personen handelt es sich i.d.R. um Haushalte mit Kindern. Unter der Annahme, dass Kinder in geringerer Masse als Erwachsene Medikamente (bzw. für Erwachsene gekaufte Medikamente) konsumieren und dass ausserdem nicht alle Personen gleichzeitig Bedarf an einem bestimmten Medikament haben werden, wurde bei Haushalten mit 3 und mehr Personen pauschal durch 2,5 dividiert, d.h. der Zielperson wurden 40 % der Kosten zugeordnet. Es sind im folgenden jeweils die Kosten ausgewiesen, die sich ohne und mit Berücksichtigung der Mehrfachnutzung ergeben.

Bei den Medikamentenjournalen gibt es häufiger als bei den Journalen für Gesundheitsleistungen keine Angaben zum Preis und zur Bezugs- bzw. Verrechnungsart. Das mag an der Geringfügigkeit liegen oder daran, dass eine andere als die Zielperson den Einkauf getätigt hat oder daran, dass mehrere Artikel oder Medikamente gleichzeitig eingekauft wurden und die Zuordnung Mühe gemacht hätte.

Grundsätzlich können bei den Medikamenten, anders als bei den Rechnungen für Gesundheitsleistungen, nicht die Gesamtkosten und die gänzlich selbst getragenen Kosten ausgewiesen werden, sondern nur letztere. Da 7 % (Bonus-Versicherte) bis 23 % (traditionell Versicherte) der Medikamente auf Apothekenschein bezogen wurden und deren Preis i.d.R. nicht bekannt ist, wäre eine Gesamtkostenangabe eine zufällige Grösse.

Zu den selbstgetragenen Kosten für Medikamente, die eingekauft wurden, wurden jene Medikamentenkosten hinzugezählt, die in den gänzlich selbstbezahlten Arztrechnungen enthalten sind. Sie wurden bei der Berechnung der jährlich selbstgetragenen Medikamentenkosten je Versichertengruppe pauschal dazuaddiert.

4.2 Medikamentenkauf und -bezahlung nach Versichertengruppen

Im folgenden wird je Versichertentyp die Grundstruktur der Medikamenteneinkäufe und der Betrag der gänzlich selbst bezahlt wird und nicht bei den Krankenkassen in Erscheinung tritt, ausgewiesen. Weitere Informationen zur Struktur der Medikamenteneinkäufe, die nicht unmittelbar für die Fragestellung von Bedeutung sind, sind in den Tabellen im Anhang 2 ausgewiesen.

Je nach Versicherungsform haben ein Drittel bis gut die Hälfte der Befragten im Bezugsmonat Medikamente für sich eingekauft (bzw. es sind für sie Medikamente eingekauft worden). Am seltensten haben Bonusversicherte Medikamente eingekauft, am häufigsten Versicherte der Franchisestufe 600.– Fr. In allen Gruppen wurde die Mehrzahl der eingekauften Medikamente aus eigener Tasche bezahlt und nicht zur Erstattung eingereicht. Sofern die Medikamente von der Versicherung bezahlt wurden, wurden sie meist direkt über Apothekenschein bezogen (vgl. Tab. 4.1 - 4.6).

Tabelle 4.1: Übersicht: gekaufte Medikamente traditionell Versicherte (n = 698)

Anteil der Versicherten, die mind. ein Medikament gekauft haben				44 %
Anzahl der gekauften Medikamente				795
Durchschnittliche Anzahl Medikamente je Versicherten				1,2
Anteil der Medikamente, die				
– mit Apothekenschein bezogen wurden				23 %
– bei der Versicherung eingereicht wurden/werden				4 %
– zur Gänze selbst bezahlt wurden/werden				62 %
– weiss nicht, keine Angabe				11 %
Betrag pro Monat, der selbst bezahlt wurde (Fr.)		Konfidenzintervall ($\alpha = 5\%$)		
– pro Käufer (Nutzer)	18.30	15.40	21.30	
– pro Versicherten	7.70	6.30	9.10	
Einmaliger jährlicher Betrag, der bei den Rechnungen für Gesundheitsleistungen enthalten war pro Versicherten	6.50			
Jährlich selbst bezahlter Betrag an Medikamentenkosten pro Versicherten (Fr.)	99.20	82.20	116.20	
Ohne Berücksichtigung der Mehrfachnutzung				
Betrag pro Monat, der selbst bezahlt wurde pro Versicherten (Fr.)	9.70			
Jährlich selbst bezahlter Betrag an Medikamentenkosten pro Versicherten (Fr.)	123.00			

Tabelle 4.2: Übersicht: gekaufte Medikamente – Bonus-Versicherte (n = 734)

Anteil der Versicherten, die mind. ein Medikament gekauft haben				34 %
Anzahl der gekauften Medikamente				515
Durchschnittliche Anzahl Medikamente je Versicherten				0,7
Anteil der Medikamente, die				
– mit Apothekenschein bezogen wurden				7 %
– bei der Versicherung eingereicht wurden/werden				1 %
– zur Gänze selbst bezahlt wurden/werden				83 %
– weiss nicht, keine Angabe				9 %
Betrag pro Monat, der selbst bezahlt wurde (Fr.)		Konfidenzintervall ($\alpha = 5\%$)		
– pro Käufer (Nutzer)	23.50	19.00		28,00
– pro Versicherten	7.80	6.10		9,50
Einmaliger jährlicher Betrag, der bei den Rechnungen für Gesundheitsleistungen enthalten war pro Versicherten	5.80			
Jährlich selbst bezahlter Betrag an Medikamentenkosten pro Versicherten (Fr.)	99.80	79.30		120,20
Ohne Berücksichtigung der Mehrfachnutzung				
Betrag pro Monat, der selbst bezahlt wurde pro Versicherten (Fr.)	10.00			
Jährlich selbst bezahlter Betrag an Medikamentenkosten pro Versicherten (Fr.)	125.80			

Tabelle 4.3: Übersicht: gekaufte Medikamente – Franchise Versicherte Fr. 350.–
(n = 311)

Anteil der Versicherten, die mind. ein Medikament gekauft haben				49 %
Anzahl der gekauften Medikamente				404
Durchschnittliche Anzahl Medikamente je Versicherten				1,3
Anteil der Medikamente, die				
– mit Apothekenschein bezogen wurden				20 %
– bei der Versicherung eingereicht wurden/werden				12 %
– zur Gänze selbst bezahlt wurden/werden				58 %
– weiss nicht, keine Angabe				10 %
Betrag pro Monat, der selbst bezahlt wurde (Fr.)		Konfidenzintervall ($\alpha = 5\%$)		
– pro Käufer (Nutzer)	18.90	14.20		23.10
– pro Versicherten	9.30	7.00		11.60
Einmaliger jährlicher Betrag, der bei den Rechnungen für Gesundheitsleistungen enthalten war pro Versicherten	3.20			
Jährlich selbst bezahlter Betrag an Medikamentenkosten pro Versicherten (Fr.)	114.80	86.90		141.80
Ohne Berücksichtigung der Mehrfachnutzung				
Betrag pro Monat, der selbst bezahlt wurde pro Versicherten (Fr.)	11.80			
Jährlich selbst bezahlter Betrag an Medikamentenkosten pro Versicherten (Fr.)	144.80			

Tabelle 4.4: Übersicht: gekaufte Medikamente – Franchise Versicherte Fr. 600.–
(n = 316)

Anteil der Versicherten, die mind. ein Medikament gekauft haben				56 %
Anzahl der gekauften Medikamente				490
Durchschnittliche Anzahl Medikamente je Versicherten				1,6
Anteil der Medikamente, die				
– mit Apothekenschein bezogen wurden				24 %
– bei der Versicherung eingereicht wurden/werden				8 %
– zur Gänze selbst bezahlt wurden/werden				60 %
– weiss nicht, keine Angabe				8 %
Betrag pro Monat, der selbst bezahlt wurde (Fr.)		Konfidenzintervall ($\alpha = 5\%$)		
– pro Käufer (Nutzer)	14.80	11.50		18.00
– pro Versicherten	8.20	6.20		10.20
Einmaliger jährlicher Betrag, der bei den Rechnungen für Gesundheitsleistungen enthalten war pro Versicherten	2.70			
Jährlich selbst bezahlter Betrag an Medikamentenkosten pro Versicherten (Fr.)	101.10	77.50		125.30
Ohne Berücksichtigung der Mehrfachnutzung				
Betrag pro Monat, der selbst bezahlt wurde pro Versicherten (Fr.)	11.60			
Jährlich selbst bezahlter Betrag an Medikamentenkosten pro Versicherten (Fr.)	141.90			

Tabelle 4.5: Übersicht: gekaufte Medikamente – Franchise Versicherte Fr. 1200.–
(n = 72)

Anteil der Versicherten, die mind. ein Medikament gekauft haben				41 %
Anzahl der gekauften Medikamente				80
Durchschnittliche Anzahl Medikamente je Versicherten				1,1
Anteil der Medikamente, die				
– mit Apothekenschein bezogen wurden				12 %
– bei der Versicherung eingereicht wurden/werden				5 %
– zur Gänze selbst bezahlt wurden/werden				71 %
– weiss nicht, keine Angabe				12 %
Betrag pro Monat, der selbst bezahlt wurde (Fr.)			Konfidenzintervall ($\alpha = 5\%$)	
– pro Käufer (Nutzer)	28.30	10.10	46.50	
– pro Versicherten	10.80	3.20	18.50	
Einmaliger jährlicher Betrag, der bei den Rechnungen für Gesundheitsleistungen enthalten war pro Versicherten	30.00			
Jährlich selbst bezahlter Betrag an Medikamentenkosten pro Versicherten (Fr.)	159.60	68.30	252.10	
Ohne Berücksichtigung der Mehrfachnutzung				
Betrag pro Monat, der selbst bezahlt wurde pro Versicherten (Fr.)	15.70			
Jährlich selbst bezahlter Betrag an Medikamentenkosten pro Versicherten (Fr.)	218.40			

Tabelle 4.6: Übersicht: gekaufte Medikamente – HMO Versicherte (n = 750)

Anteil der Versicherten, die mind. ein Medikament gekauft haben				45 %
Anzahl der gekauften Medikamente				745
Durchschnittliche Anzahl Medikamente je Versicherten				1,0
Anteil der Medikamente, die				
– mit Apothekenschein bezogen wurden				20 %
– bei der Versicherung eingereicht wurden/werden				1 %
– zur Gänze selbst bezahlt wurden/werden				65 %
– weiss nicht, keine Angabe				14 %
Betrag pro Monat, der selbst bezahlt wurde (Fr.)		Konfidenzintervall ($\alpha = 5\%$)		
– pro Käufer (Nutzer)	17.30	13.30	21.30	
– pro Versicherten	7.50	5.60	9.30	
Jährlich selbst bezahlter Betrag an Medikamentenkosten pro Versicherten (Fr.) ¹⁾	90.00	67.50	111.70	
Ohne Berücksichtigung der Mehrfachnutzung				
Betrag pro Monat, der selbst bezahlt wurde pro Versicherten (Fr.)	9.30			
Jährlich selbst bezahlter Betrag an Medikamentenkosten pro Versicherten (Fr.)	111.60			

- 1) Bei HMO Versicherten, bei denen die Rechnungen für Gesundheitsleistungen im telefonischen Interview erfragt wurden, wurden die in den Rechnungen ggf. enthaltenen Medikamentenkosten nicht gesondert erfragt. Legt man den gleichen Medikamentenanteil zugrunde wie bei traditionell Versicherten, wären den genannten Jahressummen etwa Fr. 8.– hinzuzuzählen.

4.3 Vergleich der selbst getragenen Medikamentenkosten zwischen den Versicherungsformen und Plausibilitätsüberprüfung

In der Höhe der pro Jahr gänzlich selbst getragenen Medikamentenkosten bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Versichertengruppen (Tab. 4.7)¹⁾ Etwa 100 Franken wurden von den Versicherten pro Jahr für selbst bezahlte und selbst genutzte Medikamente ausgegeben.

Tabelle 4.7: Vergleich der Versicherungsformen bezüglich selbst getragener Medikamentenkosten

	Traditionell	Bonus	WJF 350	WJF 600	WJF 1200	HMO ¹⁾
Anteil der Versicherten, die im Bezugsmonat Medikamente gekauft haben	44 %	34 %	49 %	56 %	41 %	45 %
Ø Anzahl Medikamente je Versicherten	1,2	0,7	1,3	1,6	1,1	1,0
Jährlich selbst bezahlter Betrag an Medikamentenkosten je Versicherten (Fr.)	99,20	99,80	114,80	101,10	159,60	90,00
Konfidenzintervall ($\alpha = 5\%$)	82,20 - 116,20	79,30 - 120,20	86,90 - 141,80	77,50 - 125,30	68,30 - 252,10	67,50 - 111,70

1) ohne geschätzte ca. Fr. 8.–/p.a. in Arztrechnungen enthaltene Medikamentenkosten

Eine Plausibilitätsprüfung analog zu den Rechnungen für Gesundheitsleistungen ist hier nicht möglich, da für die auf Apothekenschein bezogenen Medikamente die Kosten fehlen. Wir können also nicht in der Befragung ermittelte Gesamtkosten mit den Medikamentenkosten der Administrativdaten vergleichen.

Eine gewisse Überprüfung ist mit Hilfe des Gesamtumsatzes an Medikamenten und der durchschnittlich je Versicherten angefallenen Medikamentenkosten aus den Administrativdaten möglich.

1) Bei grösserer Fallzahl würde sich möglicherweise ergeben, dass die Versicherten der höchsten Franchise-Stufe doch signifikant höhere Medikamentenausgaben haben.

Medikamentenumsatz 1993 ¹⁾	3.570 Mio Fr.
<u>davon in Spitälern</u>	<u>424 Mio Fr.</u>
Medikamentenumsatz 1993 ohne Spitäler	3.146 Mio Fr.

Laut Administrativdaten betragen die Medikamentenkosten je traditionell Versicherten (ab 18 Jahren) 1993 350.73 Fr. Diese mit den 7.016.701 Pflegekostenversicherten²⁾ multipliziert ergibt einen Betrag von 2.461 Mio Fr. Medikamentenkosten, die bei den Versicherungen registriert werden.³⁾

Bezogen auf den o.g. spitalexternen Umsatz wären demnach 685 Mio. Fr. (3.146 minus 2.461 Mio. Fr.) nicht erklärt, d.h. von den Versicherten aus eigener Tasche bezahlt.

Die selbstgetragenen Medikamentenkosten der traditionell Versicherten (99.20 Fr.) mit der Anzahl der Pflegekostenversicherten multipliziert, ergibt einen Betrag von 696 Mio. Fr., der also ziemlich exakt dem zu erwartenden Betrag an selbstgetragenen Medikamentenkosten von 685 Mio. Fr. entspricht.

Die Rechnung hat verschiedene Schwachstellen:

- der Bezug nur auf die traditionell Versicherten (die allerdings den weitaus grösseren Teil der Krankenversicherten ausmachen);
- vor allem aber die Ermittlung der bei den Versicherungen anfallenden und der selbstgetragenen Medikamentenkosten nur für die ab 18-Jährigen⁴⁾. Es ist anzunehmen, dass die Durchschnitte in beiden Fällen bei Einbezug der Kinder und Jugendlichen niedriger lägen, so dass wohl eine grössere Differenz entstünde.

Trotz dieser Unwägbarkeiten deutet das Ergebnis der Plausibilitätsprüfung doch darauf hin, dass mit der gewählten Vorgehensweise die Medikamentenkäufe gut erfasst wurden.

1) Quelle: Pharma Information: Das Gesundheitswesen in der Schweiz, Leistungen, Kosten, Preise, Ausgabe 1994.
2) Anzahl 1992, 1993 liegt noch nicht vor. BSV: Statistik über die Krankenversicherung 1992.
3) Es handelt sich ebenfalls um Kosten ausserhalb der Spitäler.
4) Hinsichtlich der Administrativdaten können nach Vorliegen weiterer Auswertungen die Kinder und Jugendlichen einbezogen werden.

Anhang 1

Struktur der Stichprobe und der Befragten

Tabelle A 1: Zusammensetzung von Stichprobe und Befragten nach Geschlecht

	effektive Stichprobe	Response telef. Interviews	Response Arztrechn. (beide)	Response Medikamen- tenjournal
	- % -			
traditionell				
Männer	42,7	43,8	43,9	43,8
Frauen	57,3	56,2	56,1	56,2
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
n	992	790	618	698
Bonus				
Männer	61,7	61,7	61,3	61,4
Frauen	38,3	38,3	38,7	38,6
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
n	919	799	671	734
Franchise				
Männer	49,9	49,9	51,7	50,8
Frauen	50,1	50,1	48,5	49,2
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
n	1099	804	624	699
HMO				
Männer	51,3	51,3		50,8
Frauen	48,7	48,7		49,2
Summe	100,0	100,0		100,0
n	1030	832		750

Tabelle A 2: Zusammensetzung von Stichprobe und Befragten nach Landesteil

	effektive Stichprobe	Response telef. Interview	Response Arztrechn. (beide)	Response Medikamen- tenjournal
	- % -			
traditionell				
deut. Schweiz	76,1	79,1	78,6	79,5
franz. Schweiz	18,6	16,2	16,8	15,9
italien. Schweiz	5,2	4,7	4,5	4,6
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
n	992	790	618	698
Bonus				
deut. Schweiz	89,1	90,9	89,7	90,6
übrige Schweiz ¹⁾	10,9	9,1	10,3	9,4
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
n	919	799	671	734
Franchise				
franz. Schweiz	62,3	57,8	56,7	58,2
übrige Schweiz ²⁾	37,7	42,2	43,3	41,8
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
n	1099	804	624	699
HMO				
deut. Schweiz	100,0	100,0		100,0
n	1030	832		750

1) Französische und italienische Schweiz wurde zusammengefasst, da n<30 bei italien. Schweiz

2) Deutsche und italienische Schweiz wurde zusammengefasst, da n<30 bei italienischer Schweiz

Tabelle A 3: Zusammensetzung von Stichprobe und Befragten nach Alter

Geburtsjahr	effektive Stichprobe	Response telef. Interview - % -	Response Arztrechn. (beide)	Response Medikamen- tenjournal
traditionell				
bis 1916	4,4	3,5	4,4	3,5
1917 - 1926	10,7	9,8	9,9	9,2
1927 - 1936	11,7	12,1	12,2	13,0
1937 - 1946	18,5	18,8	18,6	18,0
1947 - 1956	21,2	22,3	21,9	22,3
1957 - 1966	21,7	22,4	21,9	23,0
nach 1966	11,7	11,1	11,2	11,1
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
n	992	776	608	687
Bonus				
bis 1916	1,3	1,3	0,3	1,1
1917 - 1926	4,6	3,8	3,9	3,5
1927 - 1936	6,4	6,3	6,9	6,4
1937 - 1946	10,9	10,8	11,3	11,2
1947 - 1956	16,9	17,8	17,3	18,1
1957 - 1966	48,6	48,4	49,5	48,6
nach 1966	11,3	11,8	10,9	11,0
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
n	919	799	671	734
Franchise				
bis 1916	3,5	2,8	3,2	2,5
1917 - 1926	10,5	10,4	11,7	10,1
1927 - 1936	10,5	10,8	11,5	11,5
1937 - 1946	22,2	23,5	21,3	23,2
1947 - 1956	22,2	22,2	23,0	23,5
1957 - 1966	23,8	23,5	23,2	22,8
nach 1966	7,4	6,8	6,1	6,2
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
n	1099	818	625	710
HMO				
bis 1916	4,1	4,8		4,7
1917 - 1926	10,4	10,9		11,6
1927 - 1936	12,8	13,5		13,1
1937 - 1946	14,4	14,2		13,9
1947 - 1956	21,6	22,4		22,7
1957 - 1966	30,0	29,3		29,5
nach 1966	6,7	4,9		4,7
Summe	100,0	100,0		100,0
n	1030	832		750

Tabelle A 4: Zusammensetzung von Grundgesamtheit, Stichprobe und Befragten nach Alter, Gewichtungsfaktoren

Geburtsjahr	Grundgesamtheit	bereinigte Stichprobe	Response telef. Interview	Gewichtungs- faktor
	- % -			
traditionell				
bis 1916	8,7	4,4	3,5	2,51
1917 - 1926	9,9	10,7	9,8	1,01
1927 - 1936	12,5	11,7	12,1	1,03
1937 - 1946	15,9	18,5	18,8	0,84
1947 - 1956	18,3	21,2	22,3	0,82
1957 - 1966	21,3	21,7	22,4	0,95
nach 1966	13,3	11,7	11,1	1,20
Summe	100,0	100,0	100,0	
n	3636858	958	790	
Bonus				
bis 1916	1,5	1,2	1,3	1,17
1917 - 1926	3,0	4,6	3,8	0,80
1927 - 1936	5,0	6,4	6,3	0,79
1937 - 1946	10,7	11,0	10,8	0,99
1947 - 1956	17,7	17,2	17,8	0,99
1957 - 1966	48,0	48,7	48,4	0,99
nach 1966	14,2	11,0	11,8	1,21
Summe	100,0	100,0	100,0	
n	7481	892	799	
Franchise				
bis 1916	2,8	3,3	2,8	0,98
1917 - 1926	6,0	11,0	10,4	0,58
1927 - 1936	10,7	10,8	10,8	1,00
1937 - 1946	18,7	23,5	23,5	0,80
1947 - 1956	24,4	21,8	22,2	1,10
1957 - 1966	25,0	22,6	23,5	1,07
nach 1966	12,4	6,9	6,8	1,81
Summe	100,0	100,0	100,0	
n	262448	996	804	
HMO				
bis 1916	5,4	4,1	4,8	keine Gewichtung
1917 - 1926	10,0	10,4	10,9	
1927 - 1936	12,0	12,8	13,5	
1937 - 1946	13,8	14,4	14,2	
1947 - 1956	19,3	21,6	22,4	
1957 - 1966	32,0	30,0	29,3	
nach 1966	7,5	6,7	4,9	
Summe	100,0	100,0	100,0	
n	9872	960	832	

Tabelle A 5: Paneladressen und neu gezogene Adressen in der Brutto-Stichprobe

	Panel	Neu gezogene	Insgesamt
Traditionell Versicherte	1000	--	1000
Bonus	747	255	1002
Franchise	480	680	1160
HMO	540	500	1040
Insgesamt	2767	1435	4202

Anhang 2

Ergänzende Auswertungstabellen

Tabelle A 6: Gekaufte und zur Gänze selbst bezahlte Medikamente
- traditionell Versicherte

	Medikamente		
	alle (n = 795)	nicht bezahlt (n = 306)	ganz selbst bezahlt (n = 489)
Indikation, Anwendungsbereich¹⁾			
- Herzkreislauf	7,2	12,8	3,7
- Zentralnervensystem	22,7	16,6	26,6
- Antiinfekt	4,4	3,8	4,7
- Gastro-Entero	3,5	3,8	3,3
- Dermatologika	4,4	4,2	4,5
- Atemwegsystem	8,2	7,3	8,8
- Muskel, Skelett	2,9	4,5	1,8
- Kontrazeptionie	0,7	1,0	0,6
- Zytostatika	0,9	1,3	0,6
- übrige	24,8	29,4	21,9
- nicht verordenbar	5,2	4,2	5,9
- k.A.	15,1	11,2	17,6
Summe	100,0	100,0	100,0
Homeopathia¹⁾			
- ja	3,8	4,6	3,3
- nein	78,7	82,7	76,2
- k.A.	17,5	12,7	20,5
Summe	100,0	100,0	100,0
IKS, verkauft in¹⁾			
- Apotheke (verschärfte Rezeptpflicht)	1,3	3,0	0,2
- Apotheke (Rezeptpflicht)	18,5	40,3	5,1
- Apotheke (ohne Rezept)	24,9	22,4	26,5
- Apotheke und Drogerie	38,9	23,8	48,3
- k.A.	16,4	10,6	20,0
Summe	100,0	100,0	100,0
Spezialitätenliste¹⁾			
- ja	33,4	58,7	17,7
- nein	52,0	30,2	65,6
- k.A.	14,6	11,1	16,7
Summe	100,0	100,0	100,0
Bestimmt für wen?			
- ausschliesslich für den Befragten selbst	58,4	70,0	51,1
- auch für andere Personen im Haushalt	33,7	19,5	42,5
- k.A.	7,9	10,4	6,3
Summe	100,0	100,0	100,0

1) Durch Prognos vercodet anhand der Bezeichnung der Medikamente

Tabelle A 6: Fortsetzung

	Medikamente		
	alle (n = 795)	nicht bezahlt (n = 306)	ganz selbst bezahlt (n = 489)
Gekauft in der			
- Apotheke	77,1	83,0	73,4
- Drogerie	17,6	4,9	25,6
- k.A.	5,3	12,1	1,0
- Summe	100,0	100,0	100,0
Wo gekauft			
- Schweiz	92,8	88,4	95,5
- Ausland	1,4	0,3	2,0
- k.A.	5,8	11,2	2,4
Summe	100,0	100,0	100,0

Tabelle A 7: Gekaufte und zur Gänze selbst bezahlte Medikamente
- Bonus-Versicherte

	Medikamente		
	alle (n = 515)	nicht bezahlt (n = 85)	ganz selbst bezahlt (n = 430)
Indikation, Anwendungsbereich ¹⁾			
- Herzkreislauf	3,1	1,2	3,5
- Zentralnervensystem	20,0	17,6	20,4
- Antiinfekt	6,0	4,7	6,3
- Gastro-Entero	3,9	5,9	3,5
- Dermatologika	6,4	10,6	5,6
- Atemwegsystem	9,7	9,4	9,7
- Muskel, Skelett	2,5	1,2	2,8
- Kontrazeptionie	1,0	2,4	0,7
- Zytostatika	0,0	0,0	0,0
- übrige	25,8	24,7	26,0
- nicht verordenbar	6,0	3,5	6,5
- k.A.	15,7	18,8	15,1
Summe	100,0	100,0	100,0
Homeopathia ¹⁾			
- ja	4,5	1,2	5,1
- nein	78,3	75,6	78,8
- k.A.	17,2	23,3	16,0
Summe	100,0	100,0	100,0
IKS, verkauft in ¹⁾			
- Apotheke (verschärfte Rezeptpflicht)	1,7	3,5	1,4
- Apotheke (Rezeptpflicht)	10,3	27,9	6,7
- Apotheke (ohne Rezept)	30,8	25,6	31,8
- Apotheke und Drogerie	41,2	22,1	45,0
- k.A.	16,1	20,9	15,1
Summe	100,0	100,0	100,0
Spezialitätenliste ¹⁾			
- ja	25,9	44,7	22,2
- nein	59,8	35,3	64,6
- k.A.	14,3	20,0	13,2
Summe	100,0	100,0	100,0
Bestimmt für wen?			
- ausschliesslich für den Befragten selbst	56,4	54,8	56,7
- auch für andere Personen im Haushalt	39,0	36,9	39,4
- k.A.	4,7	8,3	3,9
Summe	100,0	100,0	100,0

¹⁾ Durch Prognos vercodet anhand der Bezeichnung der Medikamente

Tabelle A 7: Fortsetzung

	Medikamente		
	alle (n = 515)	nicht bezahlt (n = 85)	ganz selbst bezahlt (n = 430)
Gekauft in der			
- Apotheke	69,9	78,8	68,1
- Drogerie	26,6	8,2	30,2
- k.A.	3,5	12,9	1,6
- Summe	100,0	100,0	100,0
Wo gekauft			
- Schweiz	92,1	87,2	93,0
- Ausland	5,0	4,7	5,1
- k.A.	2,9	8,1	1,9
Summe	100,0	100,0	100,0

Tabelle A 8: Gekaufte und zur Gänze selbst bezahlte Medikamente
- Franchise Versicherte

	Medikamente		
	alle (n = 1002)	nicht bezahlt (n = 397)	ganz selbst bezahlt (n = 605)
Indikation, Anwendungsbereich¹⁾			
- Herzkreislauf	5,9	10,8	2,6
- Zentralnervensystem	20,8	15,5	24,3
- Antiinfekt	6,0	4,8	6,8
- Gastro-Entero	5,6	5,0	5,9
- Dermatologika	5,6	8,3	3,8
- Atemwegsystem	9,2	7,8	10,1
- Muskel, Skelett	1,8	1,3	2,1
- Kontrazeptionie	0,6	0,5	0,7
- Zytostatika	0,5	0,8	0,3
- übrige	24,2	26,3	22,8
- nicht verordenbar	6,9	7,0	6,8
- k.A.	13,1	12,0	13,9
Summe	100,1,0	100,0	100,0
Homeopathia¹⁾			
- ja	5,0	2,8	6,4
- nein	80,5	82,3	79,4
- k.A.	14,5	14,9	14,2
Summe	100,0	100,0	100,0
IKS, verkauft in¹⁾			
- Apotheke (verschärfte Rezeptpflicht)	2,4	4,8	0,8
- Apotheke (Rezeptpflicht)	19,4	35,1	9,1
- Apotheke (ohne Rezept)	29,6	23,8	33,3
- Apotheke und Drogerie	34,4	21,1	43,2
- k.A.	14,2	15,3	13,5
Summe	100,0	100,0	100,0
Spezialitätenliste¹⁾			
- ja	38,7	55,0	28,1
- nein	49,4	32,1	60,5
- k.A.	12,0	13,0	11,3
Summe	100,0	100,0	100,0
Bestimmt für wen?			
- ausschliesslich für den Befragten selbst	54,8	69,7	45,1
- auch für andere Personen im Haushalt	37,9	21,4	48,6
- k.A.	7,3	8,9	6,3
Summe	100,0	100,0	100,0

¹⁾ Durch Prognos vercodet anhand der Bezeichnung der Medikamente

Tabelle A 8: Fortsetzung

	Medikamente		
	alle (n = 1002)	nicht bezahlt (n = 397)	ganz selbst bezahlt (n = 605)
Gekauft in der			
- Apotheke	88,8	94,0	85,3
- Drogerie	9,2	2,0	13,8
- k.A.	2,1	4,0	0,8
- Summe	100,0	100,0	100,0
Wo gekauft			
- Schweiz	95,7	95,5	95,9
- Ausland	1,8	0,3	2,8
- k.A.	2,5	4,3	1,3
Summe	100,0	100,0	100,0

Tabelle A 9: Gekaufte und zur Gänze selbst bezahlte Medikamente
- HMO Versicherte

	Medikamente		
	alle (n = 745)	nicht bezahlt (n = 264)	ganz selbst bezahlt (n = 481)
Indikation, Anwendungsbereich¹⁾			
- Herzkreislauf	5,9	12,9	2,1
- Zentralnervensystem	19,2	14,4	21,8
- Antiinfekt	5,4	3,4	6,4
- Gastro-Entero	3,9	5,3	3,1
- Dermatologika	8,7	11,0	7,5
- Atemwegsystem	8,6	8,0	8,9
- Muskel, Skelett	1,2	1,5	1,0
- Kontrazeptionie	1,2	0,8	1,5
- Zytostatika	0,4	0,8	0,2
- übrige	22,3	23,5	21,6
- nicht verordenbar	5,5	2,3	7,3
- k.A.	17,7	16,3	18,5
Summe	100,0	100,0	100,0
Homeopathia¹⁾			
- ja	8,8	5,1	10,8
- nein	74,9	82,0	71,1
- k.A.	16,3	12,9	18,1
Summe	100,0	100,0	100,0
IKS, verkauft in¹⁾			
- Apotheke (verschärfte Rezeptpflicht)	1,2	2,3	0,6
- Apotheke (Rezeptpflicht)	13,3	31,4	3,3
- Apotheke (ohne Rezept)	25,9	23,5	27,2
- Apotheke und Drogerie	43,8	28,0	52,4
- k.A.	15,8	14,8	16,4
Summe	100,0	100,0	100,0
Spezialitätenliste¹⁾			
- ja	30,3	49,2	20,0
- nein	54,4	35,6	64,7
- k.A.	15,3	15,2	15,4
Summe	100,0	100,0	100,0
Bestimmt für wen?			
- ausschliesslich für den Befragten selbst	55,0	64,8	49,7
- auch für andere Personen im Haushalt	33,8	18,2	42,4
- k.A.	11,1	17,0	7,9
Summe	100,0	100,0	100,0

1) Durch Prognos vercodet anhand der Bezeichnung der Medikamente

Tabelle A 9: Fortsetzung

	Medikamente		
	alle (n = 745)	nicht bezahlt (n = 264)	ganz selbst bezahlt (n = 481)
Gekauft in der			
- Apotheke	79,1	81,1	78,0
- Drogerie	15,2	5,7	20,4
- k.A.	5,8	13,3	1,7
- Summe	100,0	100,0	100,0
Wo gekauft			
- Schweiz	92,5	86,7	95,6
- Ausland	2,7	1,5	3,3
- k.A.	4,8	11,7	1,0
Summe	100,0	100,0	100,0

Anhang 3

Muster der Journale:

"Selbstgetragene Gesundheitskosten"

"Medikamentenjournal"

**Jedes Journal enthielt Blätter für 10 Rechnungen.
Weitere konnten angefordert werden**

Journal für Medikamente

die zwischen dem 1. September

und dem 30. September

eingekauft worden sind.

Sinn und Zweck der Erhebung:

Mit dieser Untersuchung soll erfasst werden, welche Medikamente in Apotheken und Drogerien gekauft werden und wer die Kosten trägt. Ziel ist es, einen vollständigen Überblick über die Ausgaben im Gesundheitsbereich zu erhalten.

Was soll eingetragen werden?

- ! Alle während der oben genannten Zeit für Ihren persönlichen Gebrauch eingekauften Medikamente (d.h. für den Gebrauch der Person, die wir angeschrieben haben).
- ! Alle während dieser Zeit eingekauften Medikamente, die für mehrere Personen im Haushalt bestimmt sind (z.B. Kopfschmerzmittel, die von Ihnen und anderen Familienmitgliedern genommen werden).
- ! Medikamente die Sie in der Arztpraxis oder im Spital erhalten haben, sollen dagegen hier nicht eingetragen werden. Diese sind Bestandteil der Rechnungen für Gesundheitsleistungen, die Sie bis zum 31. Dezember 1993 bitte weiterhin im entsprechenden Journal, das Sie von uns Ende Juli erhalten haben, eintragen möchten.

Falls Sie in der angegebenen Zeit kein Medikament oder Heilmittel eingekauft haben, kreuzen Sie bitte nebenstehendes Kästchen an 1

Bitte senden Sie uns das Journal, nachdem Sie Ihre Eintragungen Ende Monat nochmals überprüft haben, im beigelegten pauschalfrankierten Rückantwortcouvert an uns zurück.

Label

eingekaufte Medikamente/Heilmittel:	erstes Mittel
A) Datum:
B) Name/Bezeichnung des Mittels: (falls bekannt)
C) Bestimmt für:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 1 - ausschliesslich für mich persönlich <input type="checkbox"/> 2 - mich und andere Personen im Haushalt
D) Art des Mittels:	<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> - anderes (bitte eintragen)
	<input type="checkbox"/> 01 - Schmerzmittel <input type="checkbox"/> 02 - Vitaminpräparat <input type="checkbox"/> 03 - Erkältung/Husten <input type="checkbox"/> 04 - Stärkungsmittel/Aufbau <input type="checkbox"/> 05 - Blutdruck <input type="checkbox"/> 06 - Rheuma <input type="checkbox"/> 07 - Haut/Gelenk (z.B. Salbe) <input type="checkbox"/> 08 - Herz/Kreislauf <input type="checkbox"/> 09 - Verstopfung <input type="checkbox"/> 10 - Schlafmittel <input type="checkbox"/> 11 - Beruhigungsmittel <input type="checkbox"/> 12 - Magen/Darm
E) Vom Arzt verschrieben:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 1 - ja <input type="checkbox"/> 2 - nein
F) Gekauft in:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 1 - Apotheke <input type="checkbox"/> 2 - Drogerie
G) Wo:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 1 - Schweiz <input type="checkbox"/> 2 - Ausland
H) Bezug:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 1 - mit Apothekerschein <input type="checkbox"/> 2 - selbst bezahlt
H1) WENN "SELBST BEZAHLT":	- Kosten des Mittels: Fr.
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 1 - wird bei der Versicherung zur Rückerstattung eingereicht <input type="checkbox"/> 2 - wird nicht eingereicht <input type="checkbox"/> 3 - weiss (noch) nicht

Journal: Rechnungen für Gesundheitsleistungen

Sinn und Zweck der Erhebung:

Mit dieser Erhebung will das Bundesamt für Sozialversicherung einen Überblick über die gesamten Gesundheitskosten gewinnen. Erfasst werden sollen also sowohl die Kosten, die über Krankenkassen und andere Versicherungen abgerechnet werden, sowie die Kosten, die die Versicherten ganz aus eigener Tasche bezahlen (z.B. weil die Leistungen von den Kassen nicht übernommen werden).

Welche Rechnungen sollen eingetragen werden?

Bitte tragen Sie alle Rechnungen ein, die Sie im Jahr 1993 erhalten für Behandlungen, Untersuchungen, Pflege, Beratung und Hilfsmittel (z.B. Brillen) im Zusammenhang mit gesundheitlichen Problemen körperlicher oder seelischer Natur. Es spielt keine Rolle, ob die Kosten von der Krankenkasse zurückerstattet werden können oder nicht.

Tragen Sie bitte nur Rechnungen ein, die Sie **persönlich** betreffen (also die Person, die wir angeschrieben haben). Rechnungen für andere Haushaltsmitglieder sollen nicht eingetragen werden.

Die in Apotheken und Drogerien eingekauften **Medikamente** sollen Sie ebenfalls nicht eintragen, weil es für diese ein Extra-Journal über einen kurzen Zeitraum hinweg gibt.

! Die grünen Bogen sind für Rechnungen zwischen dem **1. Januar** und dem **31. Juli 1993**. Bitte schicken Sie dieses Journal baldmöglichst zurück.

! Die weissen Bogen sind für die laufenden Eintragungen von Rechnungen ab dem **1. August 1993**.

! Entscheidend für die Eintragung ist das **Datum der Rechnungstellung**, und nicht, wann die Behandlung stattgefunden hat.

Rechnungen mit Datum 1. Januar 1993 bis 31. Juli 1993

erste Rechnung

A) Rechnung ausgestellt im Monat:

B) Gesamtbetrag der Rechnung:

Fr.

C) Sind im Gesamtbetrag auch
Medikamente enthalten?

- nein
- weiss nicht
- ja —

- 1
- 2
- 3

↓
C1) WENN "JA": Medikamentenkosten:

Fr.

- weiss nicht

- 1

D) Rechnungssteller:

- Arzt, Spezialarzt
- Zahnarzt
- Spital/Poliklinik
- Labor/Röntgeninstitut
- Hauspflege/Gemeindeschwester/
Hebamme
- Psychologe/Psychotherapeut
- Physiotherapeut/Chiropraktiker u.ä.
- Optiker
- Kuranstalt
- Naturheiler, Heilpraktiker

- andere (bitte eintragen)

- 01
- 02
- 03
- 04
- 05
- 06
- 07
- 08
- 09
- 10

.....

E) Haben Sie die Rechnung zur Rückerstattung
eingereicht?

- nein, noch nicht eingereicht, aber werde
sie noch einreichen
- nein, werde sie nicht einreichen
- ja, eingereicht bzw. ging direkt
an die Versicherung —

- 1
- 2
- 3

↓
E1) WENN "JA": Hat die Versicherung die Rechnung bezahlt
bzw. zurückerstattet?

- ja, alles oder einen Teil
- nein, noch nicht bezahlt

- nein, bezahlt die Rechnung nicht

- 1
- 2
- 3

Rechnungen mit Datum 1. August 1993 bis 31. Dezember 1993

erste Rechnung

A) Rechnung ausgestellt im Monat:

B) Gesamtbetrag der Rechnung:

Fr.

C) Sind im Gesamtbetrag auch
Medikamente enthalten?

- nein
- weiss nicht
- ja —

- 1
- 2
- 3

↓
C1) WENN "JA": Medikamentenkosten:

Fr.

- weiss nicht

- 1

D) Rechnungssteller:

- Arzt, Spezialarzt
- Zahnarzt
- Spital/Poliklinik
- Labor/Röntgeninstitut
- Hauspflege/Gemeindeschwester/
Hebamme
- Psychologe/Psychotherapeut
- Physiotherapeut/Chiropraktiker u.ä.
- Optiker
- Kuranstalt
- Naturheiler, Heilpraktiker

- andere (bitte eintragen)

- 01
- 02
- 03
- 04

- 05
- 06
- 07
- 08
- 09
- 10

Bitte überprüfen Sie die Eintragungen in Frage E) und E1) Anfang Januar 1994 noch einmal und tragen Sie den neuesten Stand ein!

E) Haben Sie die Rechnung zur Rückerstattung
eingereicht?

- nein, noch nicht eingereicht, aber werde
sie noch einreichen
- nein, werde sie nicht einreichen
- ja, eingereicht bzw. ging direkt
an Versicherung —

- 1
- 2
- 3

↓
E1) WENN "JA": Hat die Versicherung die Rechnung bezahlt
bzw. zurückerstattet?

- ja, alles oder einen Teil
- nein, noch nicht bezahlt
- nein, zahlt die Rechnung nicht

- 1
- 2
- 3

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

	Bezugsquelle Bestellnummer
Forschungsbericht: Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	EDMZ* 318.010.1/94 d
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. N° 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
Forschungsbericht: BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	EDMZ* 318.010.5/94 d
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
Forschungsbericht: IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	EDMZ* 318.010.3/95 d
Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995	EDMZ* 318.012.1/95 d/i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo 1): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung).	EDMZ* 318.012.1/96 d
Forschungsbericht: Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
 * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
 ** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
 ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

	Bezugsquelle Bestellnummer
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	EDMZ* 318.010.3/96 d
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d
Forschungsbericht: Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	EDMZ* 318.010.1/97 d
Forschungsbericht: Infras: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	EDMZ* 318.010.2/97 d
Forschungsbericht: Heinz Schmid: Prämien genehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	EDMZ* 318.010.3/97 d
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infras: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	EDMZ* 318.010.4/97 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97	EDMZ* 318.010.5/97 d
Forschungsbericht: Günther Latzel, Christoph Andermatt, Rudolf Walther, BRAINS: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II. Nr. 6/97	EDMZ* 318.010.6/97 d
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSo) 2": Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen; Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien.	EDMZ* 318.012.1/97 d

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

	Bezugsquelle Bestellnummer
Publikationen zur Untersuchung "Neue Formen der Krankenversicherung"	
Übersicht	
Forschungsbericht: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Nr. 1/98	EDMZ* 318.010.1/98 d
Materialienberichte / Befragungen	
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Nr. 2/98	EDMZ* 318.010.2/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2. Nr. 3/98	EDMZ* 318.010.3/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98	EDMZ* 318.010.4/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Armin Ming, Johannes Stock, Peter Lang (Prognos AG): Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4. Nr. 5/98	EDMZ* 318.010.5/98 d
Forschungsbericht: Johannes Stock, Rita Baur, Peter Lang (Prognos AG); Prof. Dr. Dieter Conen: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Nr. 6/98	EDMZ* 318.010.6/98 d
Materialienberichte / Administrativdatenuntersuchung	
Forschungsbericht: Stefan Schütz et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Nr. 7/98	EDMZ* 318.010.7/98 d
Forschungsbericht: Herbert Känzig et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Nr. 8/98	EDMZ* 318.010.8/98 d
Rapport de recherche: Gabriel Sottas et al.: Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. N° 9/98	EDMZ* 318.010.9/98 f
Die Fragebogen der Versichertenbefragung (5 Teile) sind erhältlich bei: Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, Hr. Herbert Känzig, 3003 Bern (Tel. 031 / 322 91 48)	

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne