



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

*Auswirkungen des
Krankenversicherungsgesetzes
auf die Versicherten*

Forschungsbericht Nr. 3/01

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht in seiner Reihe „Beiträge zur Sozialen Sicherheit“ konzeptionelle Arbeiten und Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherung wieder.

Autorin/Autoren: Matthias Peters, Verena Müller, Philipp Luthiger
IPSO
Zürichstrasse 98, Postfach
8600 Dübendorf 1

Auskünfte: Joana Guldemann
Bundesamt für Sozialversicherung
Fachdienst Wirtschaft, Grundlagen, Forschung
Effingerstrasse 35
3003 Bern
Tel. 031/322 91 73
Fax 031/324 06 75
E-mail: joana.guldemann@bsv.admin.ch
Internet: www.bsv.admin.ch

ISBN: 3-905340-25-9

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherung,
CH-3003 Bern

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares an das Bundesamt für Sozialversicherung gestattet.

Vertrieb: BBL/EDMZ, 3003 Bern, www.admin.ch/edmz

Bestellnummer: 318.010.3/01 d 2.01 450

Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten

IPSO 

Sozialforschung

Matthias Peters
Verena Müller
Philipp Luthiger

Im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung

Februar 2001

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

Mit dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) werden drei wesentliche Ziele verfolgt: die Stärkung der Solidarität, die Sicherstellung einer hochstehenden medizinischen Versorgung und eine massvolle Kostenentwicklung. Gerade wegen der grossen Kostensteigerung im Gesundheitswesen ist das KVG in der öffentlichen Diskussion jedoch sehr umstritten.

Die Versicherten sind hier wichtige Akteurinnen und Akteure. Ihnen brachte das KVG wesentliche Neuerungen. In der Grundversicherung werden die Prämien alters- und geschlechtsunabhängig festgelegt. Die Versicherer können bei Neueintritten keine Vorbehalte mehr machen. In der Grundversicherung besteht neu ein einheitlicher, umfassender "Leistungskatalog". Und schliesslich ermöglicht das KVG die individuelle Prämienverbilligung für Personen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen. Diese Neuerungen erlauben es den Versicherten, ihren Versicherer nach Marktkriterien frei zu wählen. Hierfür bedarf es einer entsprechenden Information, was ebenfalls im KVG festgeschrieben ist.

Die vorliegende Studie ist im Rahmen der Wirkungsanalyse des KVGs entstanden. In der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, Art. 32) ist festgelegt, dass der Einfluss des Gesetzes auf die Situation und das Verhalten der Versicherten zu untersuchen ist. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat das Forschungsinstitut IPSO damit betraut. Die Studie stützt sich auf zwei im Frühsommer 2000 miteinander verknüpfte repräsentative Befragungen von Versicherten. Im einen Fall handelt es sich um die Befragung zufällig ausgewählter Personen, im anderen Fall um eine Haushaltsbefragung, wobei hier die für die Krankenversicherung im Haushalt zuständigen Personen befragt wurden.

Gemäss der Einschätzung der Versicherten gewährleistet das KVG eine gute medizinische Versorgung. Grosse Akzeptanz findet insbesondere der "Leistungskatalog". Unzufrieden sind die Befragten jedoch mit der Kosten- und der Prämienentwicklung. Hier tragen die Versicherten aber auch Eigenverantwortung. Erstens sind mit dem KVG Rahmenbedingungen geschaffen worden, die ihnen wirtschaftliches Handeln ermöglichen. So könnten sie sich bemühen, die Kosten für die Krankenkassenprämien möglichst tief zu halten. Die Studie zeigt aber, dass die Versicherten die Krankenkasse kaum wechseln, auch wenn sie hohe Prämien bezahlen. Häufiger senken sie die Krankenkassenkosten durch die Wahl spezieller Versicherungsmodelle in der Grundversicherung (erhöhte Franchise etc.), doch auch hier nehmen sie ihre Möglichkeiten noch zu wenig wahr. Zweitens würde die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen gedämpft, wenn die Versicherten die Leistungen im Gesundheitswesen kostenbewusst in Anspruch nehmen würden.

Die Versicherten haben ihr Verhalten im Gesundheitswesen in den letzten Jahren kaum verändert. Nicht einmal dort, wo es ihre monatlichen Kosten betrifft, verhalten sie sich kostenoptimierend. Es ist Aufgabe von Politik und Behörden, geeignete Mittel zu finden, um die Bevölkerung zu kostenbewussterem Verhalten im Gesundheitswesen zu motivieren.

Joana Guldimann, Projektleiterin
Fachdienst Wirtschaft, Grundlagen und Forschung

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) poursuit essentiellement trois buts: renforcer la solidarité, garantir l'accès à des soins médicaux de haute qualité et veiller à une évolution modérée des coûts. C'est précisément en raison de la forte hausse des coûts de la santé que la LAMal est très controversée dans le débat public.

Les assurés sont des acteurs importants dans ce domaine. La LAMal leur a apporté des nouveautés substantielles: les primes sont fixées indépendamment de l'âge et du sexe dans l'assurance de base. Les assureurs ne peuvent plus émettre de réserves à l'égard des nouveaux assurés. L'assurance de base connaît désormais un catalogue des prestations uniforme et étendu. Enfin, la LAMal permet d'individualiser la réduction de primes. Grâce à ces nouveautés, les assurés peuvent choisir librement leur assureur selon les critères du marché. Ce choix suppose une information des assurés, ce qui est également inscrit dans la LAMal.

La présente étude a été réalisée dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. L'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal, art. 32) prescrit d'étudier l'influence de la loi sur la situation et le comportement des assurés. L'Office fédéral des assurances sociales a confié la réalisation de cette étude à l'Institut de recherche IPSO. L'étude se fonde sur deux enquêtes représentatives liées entre elles et menées auprès des assurés au début de l'été 2000. La première a porté sur des personnes sélectionnées au hasard, la seconde a sondé les ménages, en s'adressant toujours à la personne s'occupant de l'assurance-maladie au sein du ménage.

Les assurés estiment que la LAMal garantit l'accès à des soins médicaux de qualité. Le catalogue des prestations, notamment, est largement accepté. Les personnes interrogées sont cependant mécontentes de l'évolution des coûts et des primes. Sur ce point, les assurés ont cependant leur part de responsabilité. Primo la LAMal a posé le cadre leur permettant d'être des agents économiques. Ils peuvent ainsi tâcher de maintenir les coûts des primes de caisse-maladie à un niveau aussi bas que possible. Mais l'étude montre que les assurés ne changent guère de caisse, même s'ils paient des primes élevées. Ils baissent plus fréquemment leurs coûts de caisse-maladie en optant pour des modèles d'assurance particuliers dans l'assurance de base (franchise plus élevée, etc.), mais là non plus ils ne recourent pas encore assez aux possibilités qui leur sont offertes. Secundo l'évolution des coûts de la santé pourrait être freinée si les assurés recouraient aux prestations de santé en ayant conscience de leurs coûts.

Les assurés n'ont guère changé de comportement à l'égard du système de santé ces dernières années. Même lorsque leur budget mensuel est concerné, ils ne se comportent pas de manière à optimiser les coûts. Il appartient aux responsables politiques et aux autorités de trouver les moyens appropriés pour inciter la population à avoir davantage conscience des coûts dans son comportement en matière de santé.

Joana Guldemann, cheffe de projet
Service spécialisé Economie, questions fondamentales et recherche

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

La legge sull'assicurazione malattia (LAMal) persegue tre obiettivi fondamentali: il rafforzamento della solidarietà, la garanzia di cure sanitarie di qualità e un'evoluzione dei costi misurata. Tuttavia, proprio l'aumento notevole dei costi nel settore della sanità pubblica rende la LAMal molto controversa nel dibattito pubblico.

Per quanto riguarda gli assicurati, agenti importanti del sistema sanitario, la LAMal ha introdotto innovazioni di fondo. Nell'assicurazione di base i premi vengono ora fissati indipendentemente dall'età e dal sesso e per le nuove affiliazioni gli assicuratori non possono più emettere riserve. Inoltre, nell'assicurazione di base il "catalogo delle prestazioni" è ora unitario e completo. Infine, la LAMal consente una riduzione dei premi individuale per persone in situazione economica modesta. Queste innovazioni permettono agli assicurati di scegliere liberamente i loro assicuratori secondo criteri di mercato e richiedono un'informazione adeguata, anch'essa fissata dalla LAMal.

Il presente studio è nato nel quadro dell'analisi degli effetti della LAMal. L'articolo 32 dell'ordinanza sull'assicurazione malattia (OAMal) stabilisce l'obbligo di esaminare l'influsso della legge sulla situazione e il comportamento degli assicurati. L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali ha incaricato l'istituto di ricerca IPSO di procedere a tale esame. Lo studio si basa su due inchieste rappresentative, legate tra loro, condotte presso gli assicurati all'inizio dell'estate 2000. La prima presso persone scelte a caso, la seconda presso le persone che nell'economia domestica si occupano dell'assicurazione malattie di tutte le persone che la costituiscono.

Secondo gli assicurati la LAMal garantisce cure sanitarie di qualità. In particolare, accolgono molto favorevolmente il "catalogo delle prestazioni". Tuttavia, non sono soddisfatti dell'evoluzione dei costi e dei premi di cui sono per altro essi stessi in parte responsabili. In primo luogo la LAMal presenta ora le condizioni quadro che consentirebbero loro di influire attivamente sul mercato e quindi di mantenere il più basso possibile il livello dei premi delle casse malati. Lo studio rivela però che gli assicurati cambiano raramente cassa malati, anche quando pagano premi elevati. Essi sono invece più inclini a ridurre i costi scegliendo modelli d'assicurazione alternativi nell'assicurazione di base (franchigia più elevata ecc.), ma, anche qui, senza utilizzare tutte le possibilità a loro disposizione. In secondo luogo, se gli assicurati ricorressero alle prestazioni della sanità tenendo conto in maggior misura delle spese, si potrebbe frenare l'evoluzione dei costi della sanità.

Negli ultimi anni gli assicuratori non hanno praticamente cambiato il loro comportamento nel sistema sanitario. Nemmeno quando, ottimizzandole, potrebbero ridurre le loro spese mensili. Politici e autorità devono presentare mezzi adeguati per motivare la popolazione ad agire, nel sistema sanitario, tenendo conto in maggior misura dei costi.

Joana Guldimann, responsabile di progetto
Servizio specializzato economia, questioni fondamentali e ricerca

Foreword by the Federal Social Insurance Office

The current Federal Law on Sickness Insurance comprises three main aims: to reinforce solidarity, to ensure a high level of medical treatment and to keep rising costs in check. It is precisely because of the considerable rise in costs in the health sector that the sickness insurance is still a highly controversial issue today.

Those insured are important players on the stage of health sickness insurance. The current law has brought with it major changes that concern them: for basic insurance premiums are calculated independently of age and gender; insurance companies are no longer allowed to apply any reservations in the case of a person taking out a new policy; basic insurance now includes a standard, full "range of services", and finally, under the new Law on Sickness Insurance, individual premiums can be reduced under the new LHI for persons with low incomes. These changes allow those insured a free choice of insurance companies based on market criteria, yet, in order to take advantage of this freedom of choice the public must have all the necessary information, as also stipulated in the LHI.

The present study is part of a general assessment of the effects of the Law on Sickness Insurance. Article 32 of the statutory regulation on sickness insurance stipulates that the impact of the law on conditions for and the behaviour of those insured should be examined, a task which was allotted by the Federal Social Insurance Office to the IPSO Research Institute. Their study, carried out in spring 2000, is based on two related and representative surveys among people insured. One part of the study comprised interviews with randomly selected people, while the other consisted of a household survey in which the member of the household responsible for health care insurance was interviewed.

According to the opinions of those insured, the Law on Sickness Insurance provides for a good level of medical treatment. The "range of services" was especially well received. However, those interviewed were not happy with the rising costs and premiums, however, although this is an area for which they, too, are responsible themselves. Firstly the LHI has put in place basic conditions which enable the public to choose the most favourable economic options. In this way they can help to keep the level of health insurance premiums in check. The results of the study showed, however, that those insured tend not to change companies even if their premiums are high. They prefer to reduce their premiums by switching to a special insurance package for basic insurance (higher excess, etc.), although in this respect they also tend not to take full advantage of all the possibilities available to them. Secondly rising costs in the health sector could be kept in check if those insured were more cost-aware when using the services provided.

Over the last few years, the general public has barely changed its behaviour in relation to health care insurance. Even though the insured could make a difference concerning their monthly premiums, they do not. It is the task of policy makers and the authorities to find a suitable way of motivating the public to be more aware of cost in relation to sickness insurance.

Joana Guldimann, Head of Project
Economics, Concepts, Research Special Unit

Zusammenfassung

Das **Krankenversicherungsgesetz** KVG, das seit Anfang 1996 in Kraft ist, stellt den Akteuren im Gesundheitswesen Anreize und Instrumente bereit, die wirtschaftliches Handeln ermöglichen und erfordern. Auch den Versicherten wurden neue Handlungsspielräume eröffnet und ein Versicherungsmarkt mit Freizügigkeit geschaffen. Damit sollte in der obligatorischen Grundversicherung durch vermehrtes eigenverantwortliches und wirtschaftliches Verhalten der Versicherten auch eine kostendämpfende Wirkung erreicht werden.

Die **Zielsetzung** der vorliegenden Evaluation ergibt sich aus Art. 32 KVV, der festhält, dass der Einfluss des Gesetzes auf das Verhalten der Versicherten zu untersuchen ist. In der Studie wurden die Auswirkungen des Gesetzes erfasst, in dem nach den Veränderungen seit seiner Einführung gefragt wurde.

Methodisch beruht die Evaluation auf zwei repräsentativen **Befragungen** von Versicherten, die miteinander verknüpft waren: einer Bevölkerungsbefragung und einer Haushaltbefragung, wobei die für die Krankenversicherung verantwortlichen Personen als Auskunftspersonen dienten. Die Befragungen der 2036 Personen und der 2152 Haushalte wurden telefonisch im Frühsommer des Jahres 2000 durchgeführt. Die Ergebnisse der Studie sind repräsentativ und aussagekräftig.

Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung

1. *Wahrnehmung negativer Auswirkungen des KVG - mittelmässige Informiertheit*

Veränderungen in der Krankenversicherung aufgrund des KVG hat gut die Hälfte der Bevölkerung wahrgenommen, während ein Drittel der Meinung ist, es habe sich eigentlich nichts verändert.

Wer Veränderungen wahrgenommen hat, kann spontan und ungestützt jedoch nur wenig konkrete Auswirkungen der KVG-Einführung nennen. Das aktive Wissen um Veränderungen ist also eher als gering zu bezeichnen, doch hat sich für die meisten Versicherten konkret auch nicht besonders viel verändert. Beispielsweise waren die meisten bereits vor dem Obligatorium versichert, Kassenwechsel wurde kaum gesucht, und in den Genuss von Prämienverbilligung kommt auch nur eine Minderheit.

Bedeutsamer ist, dass wahrgenommene Veränderungen vor allem negativer Art sind: Prämienanstieg in der Grundversicherung und allgemeine Kostenexplosion im Gesundheitswesen werden am häufigsten mit der Gesetzesrevision in Verbindung gebracht. Die Diskussion in Politik und Medien, die sich schwergewichtig um Kostenfragen dreht, hat da zweifellos ihre Spuren hinterlassen.

Die Bevölkerung beurteilt ihre eigene Informiertheit über die heutige Regelung der Krankenversicherung als mittelmässig. Ebenfalls als mittelmässig erweist sich das Wissen um den Leistungskatalog der Grundversicherung.

2. Mittelmässige Beurteilung und mittelmässige Zufriedenheit

Die Einstellung zum KVG liegt insgesamt in der Mitte zwischen Zustimmung und Ablehnung: Allerdings werden sieben Eigenschaften, die aus den drei Hauptzielen des KVG abgeleitet wurden, stark unterschiedlich beurteilt. Man gewinnt dem KVG also sowohl Positives wie Negatives ab.

In den Augen der Bevölkerung gewährleistet es eine gute medizinische Versorgung. In der Mitte zwischen Zustimmung und Ablehnung liegt das Urteil darüber, ob das KVG den Bedürfnissen der Bevölkerung angepasst ist und ob es gerecht ist oder nicht.

In drei Punkten fällt das Urteil der Bevölkerung negativ aus: Zum einen wird das KVG als eher kompliziert beurteilt. Zum zweiten hält die Mehrheit das KVG für die Versicherten eher zu teuer und beurteilt es somit als eher schlecht zahlbar. Und drittens wird dem KVG die kostendämpfende Wirkung mehrheitlich abgesprochen.

Die allgemeine Zufriedenheit mit dem KVG in der Bevölkerung kann als mittelgross beschrieben werden. Dementsprechend wird auch der Leistungskatalog in der Grundversicherung von der Hälfte der Bevölkerung als gut angesehen. Ein gutes Drittel möchte ihn noch ausweiten, andererseits spricht sich nur eine Minderheit für eine Einschränkung aus.

3. Unterschiedliche Ergebnisse nach Bevölkerungsgruppen

Betrachtet man Unterschiede nach einzelnen Bevölkerungsgruppen so ergibt sich folgendes:

- Bildungsstand und Einkommen, die ja auch zusammenhängen, stellen eine wichtige Einflussgrösse dar. Höher gebildete und einkommensstärkere Personen sind einerseits zwar besser über das KVG informiert, andererseits aber auch kritischer eingestellt und weniger zufrieden.
- Unterschiede nach Sprachregion treten nur in einzelnen, aber dafür zentralen Punkten auf: Die Romandie ist gegenüber dem KVG kritischer eingestellt und plädiert auch am stärksten für eine Ausweitung des Leistungskataloges.
- Personen, die sich durch die Prämien stark belastet sehen, unterscheiden sich von den andern in bedeutsamen Punkten: Sie sind etwas besser informiert, vor allem aber stehen sie dem KVG kritischer gegenüber, sind damit weniger zufrieden und wünschen eher eine Ausweitung des Leistungskataloges.

Ergebnisse der Haushaltbefragung

1. Lange Kassenzugehörigkeit aus Tradition

Die Dauer der Kassenzugehörigkeit ist auch unter Berücksichtigung des Alters der Haushalte hoch, da sie häufig von den Eltern übernommen wird. Daneben sind Empfehlungen von anderen und gute Leistungen sowie die Prämienhöhe, als einziges marktbezogenes Kriterium, die drei häufigsten Kriterien für die Wahl der Krankenkasse.

2. Selber gewählte Franchise findet Anklang

Über die Hälfte der Haushalte hat ein spezielles Versicherungsmodell gewählt, wobei die Franchisenerhöhung am häufigsten ist. Allerdings wird die Franchise mehrheitlich nur geringfügig erhöht. Die Zufriedenheit mit dem Modell erhöhter Franchise ist recht gut. Die andern drei Modelle sind als bedeutungslos zu beurteilen.

3. Zusatzversicherungen sind häufig

In rund Drei Viertel der Haushalte gibt es Zusatzversicherungen und zwar meist bei derselben Kasse wie die Grundversicherung. Am häufigsten sind dies kostengünstige Zusatzversicherung für Alternativmedizin oder für diverse Leistungen, "allgemeine Spitalabteilung Schweiz" und die kostenrelevante "halbprivate Spitalabteilung".

4. Prämienentwicklung als ungünstig beurteilt

Die Prämienentwicklung wird von der überwiegenden Mehrheit der Haushalte als ungünstig angesehen. Das Prämien-Leistungs-Verhältnis hingegen wird von über der Hälfte der Befragten als angemessen empfunden, von einem Drittel als ungünstig und von einer kleinen Minderheit als günstig.

Die finanzielle Belastung durch die Grundversicherungs-Prämien wird von knapp der Hälfte der Haushalte als gross eingeschätzt wird, von fast ebenso vielen als angemessen.

Die eigene Grundversicherungs-Prämie wird nur von gut einem Drittel als vergleichbar mit den Prämien anderer Kassen vor Ort beurteilt, von knapp einem Viertel wird sie als höher und von einem Fünftel als tiefer beurteilt als die Prämie anderer Kassen. Trotzdem hält sich der Kassenwechsel in Grenzen.

Über die Hälfte der Befragten versucht nach eigenen Angaben systematisch, bei der Grundversicherung die Kosten tief zu halten, gut ein Zehntel tut dies teilweise, während über ein Viertel keine solchen Anstrengungen unternimmt.

5. Mittelmässige Informiertheit

Die subjektive Informiertheit über das KVG bei den Haushalten ist mittelmässig, das Wissen um die Leistungen der Grundversicherung ist etwas besser.

Die genaue Funktionsweise der verschiedenen Versicherungsmodelle in der Grundversicherung ist, mit Ausnahme der breit bekannten Möglichkeit der selbstgewählten Franchise, allgemein mittelmässig bekannt. Die, mit Ausnahme der selbst gewählten Franchise, schwache Nutzung der Modelle ist somit nicht nur eine Frage mangelnder Information.

Die objektive Kenntnis der Grundelemente des KVG ist in der Mehrheit der Haushalte gut, dennoch gibt ein beträchtlicher Anteil der Befragten falsche oder keine Antworten. Am besten bekannt ist die freie Kassenwahl in der Grundversicherung, am schlechtesten die Prämienungleichheit für alle Altersgruppen.

Die Mehrheit der Haushalte wünscht keine zusätzlichen Informationen zur Grundversicherung, sie empfindet ihre mässige Informiertheit also nicht als problematisch. Ein zusätzlicher Informationsbedarf besteht vor allem seitens neutraler Beratungs- und Amtsstellen.

6. Krankenkasse als wichtigste Informationsquelle

Mitteilungen der Krankenkassen stellen die wichtigste Informationsquelle der Haushalte zur Grundversicherung dar, Medien die zweitwichtigste. Die Haushalte informieren sich dabei einseitig, denn es werden kaum verschiedene Informationsquellen genutzt.

Die Informationen der Krankenkassen werden meist als verständlich bezeichnet. Die meisten Haushalte erhalten von der Krankenkasse eine Mitgliederzeitschrift. Diese interessiert die Versicherten jedoch nur mittelmässig.

Über Kündigungsmöglichkeiten, eine wichtige Voraussetzung für den Kassenwechsel, fühlen sich die Haushalte von ihrer Krankenkasse nur mittelmässig informiert.

7. Hohe Zufriedenheit mit der eigenen Krankenkasse

Die allgemeine Zufriedenheit der Haushalte mit ihrer Krankenkasse ist hoch. Gründe für hohe Zufriedenheit sind insbesondere gute Serviceleistungen, wie prompte Auszahlungen, gute Information und freundliches Personal.

Gründe für tiefere Zufriedenheit sind das Preis-Leistungsverhältnis, mangelnde Serviceleistungen der Krankenkasse und Probleme mit der Administration.

Ebenfalls gute Noten erhält die eigene Krankenkasse in bezug auf die Empfehlungsbereitschaft, die Zufriedenheit im Schadenfall und die Bereitschaft, dieselbe Krankenkasse wieder zu wählen.

8. Wenig Kassenwechsel seit Einführung des KVG

Lediglich eine Minderheit der Haushalte hat die Grundversicherung seit Einführung des KVG zu Beginn des Jahres 1996 gewechselt worden. Zudem hat die Quote der jährlichen Wechsel in den letzten beiden Jahren abgenommen.

Der von den Befragten genannte wichtigste Grund für den Verzicht auf einen Krankenkassenwechsel liegt in der Zufriedenheit. Ein Wechsel andererseits wird meist mit dem Preis, d.h. der Prämienhöhe begründet.

"Kassenwechsler/innen" stellen insgesamt eine Minderheit dar, es sind lediglich 14% der Gesamtstichprobe. Jüngere, für die Krankenkasse zuständige Personen wechseln eher die Kasse, und zwar eher in der Romandie und im Tessin. In der Deutschschweiz wird in grösseren Haushalten eher gewechselt.

Informationsquellen vor dem Wechsel waren zu gleichen Teilen die neue Krankenkasse oder spezialisierte Beratungsstellen.

9. Mässige Veränderungen des Versicherungsmodells

Rund ein Viertel (24%) der Haushalte hat in den letzten vier Jahren ihr Versicherungsmodell verändert und nur eine geringe Minderheit plant in Zukunft eine Veränderung.

Grössere Haushalte mit hohem Bildungsstand der Person, die für die Krankenkasse zuständig ist, wählen eher ein alternatives Versicherungsmodell.

10. Kaum Veränderungen bei Zusatzversicherungen

In der überwiegenden Mehrheit der Haushalte wurden bei den Zusatzversicherungen keine Veränderungen vorgenommen. Falls etwas verändert wurde, so ging es meist um einen Abbau durch die Kündigung einer Spitalversicherung "halbprivat" oder "privat" aus finanziellen Gründen.

Nur eine Minderheit hat einen Ausbau von Zusatzversicherungen vorgenommen, auch hier stehen die Spitalversicherungen im Vordergrund, zusätzlich die "allgemeine Spitalversicherung ganze Schweiz". Gründe für einen Ausbau sind vor allem der Wunsch nach mehr Schutz und der Bedarf nach den entsprechenden Leistungen.

Folgerungen

Welche **Folgerungen** lassen sich nun aus diesen Ergebnissen im Hinblick auf eine Beurteilung der Wirkungen des KVG auf die Versicherten ableiten?

1. Wechselverhalten noch gering

Ein wichtiges Ziel des KVG besteht darin, **Marktmechanismen** ins Spiel zu bringen und – bei standardisierten Leistungen – durch den Wettbewerb der einzelnen Anbieter über Preis und Service kostendämpfend zu wirken.

Geht man von der Anzahl der Versicherungsverwechsel seit Einführung des KVG aus, so ist dieses Ziel angesichts der bedeutsamen realen Prämienunterschiede zwischen den einzelnen Versicherungen noch nicht erreicht worden. Aus unserer Sicht ist das **Wechselverhalten** bisher insgesamt als klein und vernachlässigbar zu bezeichnen. Und zwar gilt das sowohl für den Kassenwechsel in der Grundversicherung als auch für den Modellwechsel innerhalb der Grundversicherung.

Auf der andern Seite ist festzuhalten, dass im Falle des Wechsels das mit dem KVG eingeführte Marktelement **Preis** greift, denn aus anderen Gründen wird kaum gewechselt.

2. Potenzial für Wechsel besteht

Allerdings zeigen die Ergebnisse auch, dass ein **Potenzial für Wechsel** in der Grundversicherung von einer Kasse zur andern besteht, wobei der Preis als Marktelement eine Rolle spielen dürfte.

Ein solches Potenzial für den Wechsel der Grundversicherung besteht in erster Linie bei jüngeren Personen in der Romandie und im Tessin, an zweiter Stelle bei grösseren Haushalten in der Deutschschweiz. Man kann auch annehmen, dass das Viertel der Haushalte, die im Prämienvergleich zu einem negativen Ergebnis kommen, ein grundsätzliches Wechselpotenzial darstellen.

Auch die vier alternativen **Modelle in der Grundversicherung** (erhöhte Franchise, HMO, Hausarztmodell, Bonusversicherung) können als Möglichkeit der Dynamisierung des "Marktes" und der Kostendämpfung durch höhere Eigenverantwortung gesehen werden. Das

Potenzial der Verbreitung scheint hier weitgehend ausgeschöpft. Möglich wäre jedoch eine stärkere Nutzung der hohen Franchisen.

3. Potenzialausschöpfung nicht ohne weiteres möglich

Wenn davon ausgegangen werden kann, dass es unausgeschöpfte Potenziale gibt, stellt sich die Frage der **fördernden oder hemmenden Faktoren**.

Der vergleichsweise wichtigste Grund für **Unzufriedenheit**, der Preis, deutet darauf hin, dass ein Wechseipotenzial besteht. Dieses Potenzial kann jedoch nur realisiert werden, wenn die Versicherten überzeugt sind, dass ihnen aus einem Wechsel keine Nachteile entstehen bzw. dass ein Verbleib ihnen keine Vorteile gegenüber Neumitgliedern verschafft. Ein fördernder Faktor könnte in vermehrter Information liegen.

In diesem Zusammenhang ist jedoch zu fragen, ob mehr **Information** überhaupt gewünscht ist. Die Mehrheit der Haushalte scheint mit der mässigen allgemeinen Informiertheit durchaus leben zu können. Dass man keine zusätzlichen allgemeinen Information wünscht, bedeutet wohl auch, dass man keinen Orientierungsbedarf und **Handlungsbedarf** hat.

Junge Haushalte stellen teilweise ein eher überdurchschnittliches Wechseipotenzial dar, da sie beispielsweise weniger in Traditionen eingebunden sind und weniger lange Beziehungen zur Kasse haben. Nun werden aber gerade Junge von den Informationen der Krankenversicherungen weniger erreicht. Um sie zu informieren, müssen andere Wege gesucht werden.

Die **Zufriedenheit** der Kunden/innen mit ihrer Krankenkasse ist im allgemeinen hoch, was an sich eine ungünstige Prognose für einen Wechsel der Kasse ist. Für die Westschweiz und das Tessin ist sie jedoch aufgrund der tieferen Zufriedenheit in Übereinstimmung mit anderen Befunden etwas positiver.

4. Prämienverbilligung hat ihr Ziel erreicht

Die **Prämienverbilligung** als ein Instrument des KVG funktioniert. Sie ist nämlich sehr gut bekannt, und wer kontaktiert wird, reagiert auch. Wer nicht kontaktiert wird, reagiert von sich aus, wenn er einen Anspruch wahrnimmt. Die grosse Mehrheit der kontaktierten oder selbst aktiv werdenden Haushalte, die der angestrebten Zielgruppe angehören, erhält auch eine Prämienverbilligung, wobei deren Auszahlung in der Regel ohne Probleme erfolgt.

Die Prämienverbilligung scheint ihr Zielpublikum zu erreichen. Ob die ausbezahlten Beträge dem Bedarf angemessen sind und in quantitativer Hinsicht das Ziel erreicht wird, ist nicht Gegenstand der vorliegenden Evaluation.

5 Gesamtbilanz

Wenn man sich bei einer Beurteilung der **bisherigen Zielerreichung** auf die Hauptziele des KVG abstützt, so ist zu beachten, dass die Verhaltensveränderungen Zeit brauchen. Es braucht Zeit, um sich in einem Bereich, der neu als Markt gestaltet und mit Wettbewerbselementen ausgestattet wurde, neu einzurichten und sein Verhalten der neuen Situation anzupassen.

Unter Berücksichtigung dieses Sachverhaltes fällt die **Bilanz** recht positiv aus:

- Nach Meinung der Versicherten ist das Ziel der Sicherstellung einer medizinisch hochstehenden Versorgung erreicht.
- Das Ziel einer finanziell tragbaren medizinischen Versorgung und einer massvollen Kostenentwicklung ist nur beschränkt erreicht: Zwar sind Klagen über den Kostendruck vorhanden, aber insgesamt wird das Preis-Leistungs-Verhältnis als positiv beurteilt. Zudem hat die Prämienverbilligung ihr Ziel erreicht.
- Das Ziel, auch den Versicherten wirtschaftliches Handeln zu ermöglichen ist noch nicht erreicht: Zwar sind die Voraussetzungen dazu geschaffen, die Umsetzung durch die Haushalte ist bisher noch zögerlich, aber Potenziale sind vorhanden.

Empfehlungen

Gemäss der Zielsetzung des KVG soll das wirtschaftliche Verhalten auch der Versicherten gefördert werden. Es liegt deshalb nahe, dass bei der Formulierungen von **Empfehlungen** das Markt- und Wechselverhalten und in diesem Zusammenhang die Information eine grosse Rolle spielen, auch wenn Information nur notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für wirtschaftliches Verhalten darstellt.

Man kann die Verstärkung des wirtschaftlichen Handelns und die stärkere Ausnutzung des Handlungsspielraumes des KVG durch die Versicherten als Problem des **Marketing** verstehen und die Empfehlungen aus der Systematik des **Marketing-Mix** ableiten. Dieser besteht aus den vier Komponenten: Produkt, Preis, Vertrieb und Promotion.

Empfehlungen auf der Ebene des Produkts:

1. Die Grundversicherung ist klarer als **standardisiertes Leistungspaket** zu positionieren und zu profilieren, das bei allen Versicherungen gleich ist.
2. Die Wahl des Versicherers für die Grundversicherung ist als normaler **Kaufentscheid** zu betonen. Die Habitualisierung der Kassenwahl ist zu durchbrechen.

Empfehlungen auf der Ebene des Preises:

3. Die kassenabhängigen **Prämienunterschiede** sowie die Preisaspekte der verschiedenen Modelle in der Grundversicherung sind stärker bekannt zu machen.
4. Die **Kostentransparenz** für die Versicherten ist zu erhöhen, in dem die Versicherungen verpflichtet werden,
 - in den Versicherungsausweisen die Prämien von Grundversicherung und Zusatzversicherung klar zu trennen,
 - die Bruttoprämien und allfälligen Rabatte klar getrennt auszuweisen.
5. Um das Marktverhalten der Versicherten nicht einzuschränken, sind neue "goldene Fesseln" durch Preisdifferenzierung zwischen **Zusatzversicherungen** mit und ohne Grundversicherung zu verhindern

Empfehlungen auf der Ebene des Vertriebs:

6. Die Versicherungen sind im Rahmen ihrer Informationspflicht vom BSV als **Vertriebskanal** für neutrale und marktorientierte Information zu nutzen.

Empfehlungen auf der Ebene der Promotion:

7. Auf breit angelegte **Informations- oder Imagekampagnen** ist zu verzichten.
8. Die themen- und zielgruppenspezifische **Information zur Marktaufklärung** zur Förderung des Marktverhaltens der Versicherten ist zu verstärken. Sie kann entweder vom BSV selbst oder von neutralen Dritten im Rahmen eines Leistungsauftrages übernommen werden. Strategisch gesehen ist dabei das Innovatorenpotenzial anzusprechen.
9. Als primäre **Zielgruppen** sind anzusprechen:
 - Gebiete mit hohem Prämienniveau (Romandie und Tessin)
 - neu in den Markt eintretende Personen
 - junge Haushalte und Familienhaushalte
 - Personen mit höherem Bildungsstand

Résumé

La **loi fédérale sur l'assurance maladie** (LAMal) en vigueur depuis le début de 1996 met en place à l'intention des acteurs de la santé des incitations et des instruments permettant et exigeant d'agir selon des critères économiques. Les assurés aussi se sont vu accorder une marge de manœuvre plus grande et proposer un marché de l'assurance caractérisé par le droit au libre passage. En développant un comportement économique marqué par une plus grande responsabilité personnelle dans l'assurance obligatoire, on visait à créer un effet de maîtrise de coûts.

Les **objectifs** de la présente évaluation découlent de l'article 32 OAMal selon lequel il y a lieu d'examiner l'influence de la loi sur le comportement des assurés. Cette étude a donc observé les effets de la loi en considérant les changements intervenus depuis son introduction.

Du point de vue de la méthode, cette évaluation repose sur deux **enquêtes** représentatives auprès des assurés, enquêtes qui étaient liées entre elles : une enquête auprès de la population et une enquête auprès des ménages dans laquelle étaient interrogées les personnes responsables de l'assurance-maladie. Ces enquêtes menées auprès de 2036 personnes et de 2152 ménages ont été conduites par téléphone au début de l'été 2000. Les résultats de l'étude sont à la fois représentatifs et significatifs.

Enquête auprès de la population

1. Perception des effets négatifs de la LAMal - niveau d'information moyen

Une bonne moitié de la population a pris conscience des changements apportés à l'assurance-maladie du fait de la LAMal, alors qu'un tiers de la population est de l'avis que rien n'a véritablement changé.

Ceux qui ont pris conscience des changements ne peuvent toutefois mentionner spontanément et sans aide que peu d'effets concrets découlant de l'introduction de la LAMal. La connaissance active des modifications doit donc être qualifiée de plutôt faible, mais il est vrai en fait que peu de choses ont concrètement changé pour la plupart des assurés. Par exemple, la plupart d'entre eux étaient déjà assurés avant l'introduction de l'assurance obligatoire, les changements de caisse ont été peu pratiqués et seule une minorité a bénéficié de la réduction de primes.

Ce qui est plus significatif, c'est que les changements perçus sont surtout de nature négative : l'augmentation des primes de l'assurance obligatoire et l'explosion générale des coûts de la santé ont été les plus souvent mis en relation avec la révision de la loi. Nul doute que le débat tenu dans les milieux politiques et les médias a laissé des traces, car il a surtout tourné autour de la question des coûts.

La population juge moyen son niveau d'information sur la réglementation actuelle de l'assurance-maladie. Quant aux connaissances sur le catalogue des prestations de l'assurance obligatoire, elles sont aussi d'un niveau moyen.

2. *Appréciation et satisfaction moyennes*

L'attitude envers la LAMal se situe dans l'ensemble à mi-chemin entre l'approbation et le rejet : toutefois l'appréciation a été très différenciée sur sept caractéristiques dérivées des trois objectifs principaux de la LAMal. Son appréciation tend ainsi à avoir aussi bien des aspects positifs que négatifs.

Aux yeux de la population, la LAMal assure une bonne couverture médicale. À mi-chemin entre approbation et rejet se situe l'appréciation selon laquelle elle serait adaptée aux besoins de la population ainsi que la réponse à la question de savoir si elle est équitable ou non.

L'appréciation de la population est négative sur trois points : tout d'abord, la LAMal est jugée plutôt compliquée. En deuxième lieu, la majorité estime que la LAMal est plutôt trop coûteuse pour les assurés et considère donc qu'il est plutôt difficile de la payer. Enfin, en troisième lieu, la majorité considère que la LAMal n'a pas eu pour effet de réduire les coûts de la santé.

Le degré général de satisfaction sur la LAMal peut être qualifié de moyen. Ainsi, la moitié de la population considère que le catalogue des prestations de l'assurance obligatoire est bon. Un bon tiers voudrait encore l'élargir et seule une minorité se prononce en faveur de sa réduction.

3. *Résultats différenciés selon les groupes de population*

L'examen des différences entre les groupes de la population donne les résultats suivants :

- Niveau de formation et revenu : ces deux éléments interdépendants constituent un critère important. Les personnes bénéficiant d'une formation supérieure et de revenus élevés sont certes mieux renseignées sur la LAMal, mais font également preuve d'un esprit plus critique et sont moins satisfaites.
- Les différences entre les régions linguistiques ne concernent que quelques points, mais ceux-ci sont d'une grande importance : la Suisse romande adopte une attitude plus critique envers la LAMal et se prononce plus fortement pour l'élargissement du catalogue des prestations.
- Les personnes qui se déclarent très chargés par les primes se différencient sur des points importants : elles sont un peu mieux informées, mais adoptent toutefois une attitude plutôt critique envers la LAMal, sont moins satisfaites et plutôt désireuses de voir élargir le catalogue des prestations.

Enquête auprès des ménages

1. Tradition de longue fidélité à sa caisse-maladie

La durée de l'appartenance à une caisse-maladie est élevée, même en tenant compte de l'âge des ménages, car l'affiliation choisie par les parents est en général poursuivie. A ce critère s'ajoutent les recommandations de tiers, la qualité des prestations et le montant des primes qui constitue le seul élément de marché. On a alors les trois critères les plus souvent mentionnés qui justifient le choix de la caisse-maladie.

2. Le libre choix de la franchise rencontre un écho favorable

Plus de la moitié des ménages a choisi un modèle d'assurance particulier, la franchise à option étant le plus fréquemment sélectionné. Toutefois, pour la majorité des ménages, le niveau de la franchise n'est que peu relevé. La satisfaction procurée par le modèle de la franchise augmentée est excellente. Les trois autres modèles peuvent être considérés comme dépourvus de signification.

3. Les assurances complémentaires sont fréquemment conclues

Près des trois quarts des ménages disposent d'assurances complémentaires, le plus souvent auprès de la caisse-maladie à laquelle ils sont affiliés pour l'assurance obligatoire. Les plus fréquentes sont les assurances complémentaires bon marché pour les médecines alternatives ou pour différentes prestations telles que l'hospitalisation en division générale dans toute la Suisse et, plus importante au niveau des coûts, l'hospitalisation en division semi-privée.

4. L'évolution des primes est considérée comme défavorable

Une large majorité des ménages considère que l'évolution des primes est défavorable. Par contre, le rapport primes / prestations est considéré comme convenable par plus de la moitié des personnes interrogées, désavantageux par un tiers d'entre elles et avantageux par une petite minorité.

La charge financière que constituent les primes de l'assurance obligatoire est considérée comme importante par tout juste la moitié des ménages, comme appropriée par l'autre moitié.

La propre prime pour l'assurance obligatoire n'est considérée comme comparable avec les primes d'autres caisses locales que par un bon tiers des assurés ; un quart d'entre eux considèrent qu'elle est plus élevée et un cinquième qu'elle est plus basse que les primes des autres caisses. Toutefois, le changement de caisse demeure circonscrit dans d'étroites limites.

Plus de la moitié des personnes interrogées notent qu'elles s'efforcent systématiquement de limiter les coûts ; un bon dixième le fait partiellement, alors que plus d'un quart ne font aucun effort dans ce sens.

5. Degré d'information moyen

Le degré d'information subjectif des ménages sur la LAMal est moyen ; la connaissance des prestations de l'assurance obligatoire est quelque peu meilleure.

La connaissance du fonctionnement exact des différents modèles d'assurance dans l'assurance obligatoire est généralement moyen, à l'exception de la possibilité bien connue de choisir sa franchise. Le faible recours aux modèles alternatifs d'assurance (à part la franchise augmentée) n'est donc pas seulement la conséquence d'un manque d'information.

La connaissance objective des éléments fondamentaux de la LAMal est bonne dans la majorité des ménages, mais il y a tout de même un nombre important des personnes interrogées à fournir des réponses erronées, ou pas de réponse. Le libre choix de la caisse-maladie pour l'assurance obligatoire est le plus souvent connu, l'égalité des primes entre les groupes d'âge est la moins connue.

La plupart des ménages ne sont pas désireux de recevoir des informations complémentaires sur l'assurance obligatoire : ils ne considèrent donc pas que le niveau moyen de leur niveau d'information pose problème. Des informations complémentaires sont considérées comme nécessaires surtout de la part de services officiels ou d'instances neutres de conseil.

6. Les caisses-maladie sont les sources d'information les plus importantes

Les communications des caisses-maladie représentent pour les ménages la principale source d'information sur l'assurance obligatoire, suivies par les médias. Comme il est fort rare qu'ils recourent à plusieurs sources de renseignements les ménages disposent d'une information unilatérale.

Les informations reçues des caisses-maladie sont le plus souvent qualifiées de compréhensibles. La plupart des ménages reçoivent une publication destinée aux membres de leur caisse-maladie. Le niveau d'intérêt pour ces sources d'information périodiques n'est toutefois que moyen.

Les ménages ne se considèrent que moyennement informés par leur assureur des possibilités de résiliation, condition préalable essentielle au changement de caisse-maladie.

7. Satisfaction élevée de sa propre caisse maladie

Le taux de satisfaction générale des ménages exprimé envers leur caisse-maladie est élevé. Les raisons en sont en particulier de bons services, des paiements rapides, une bonne information et un personnel aimable.

Les raisons citées pour une satisfaction moindre sont le rapport prix / prestations, l'insuffisance des services de la caisse-maladie ainsi que les problèmes de nature administrative.

La propre caisse-maladie est également bien notée, s'agissant de la volonté des affiliés de la recommander à des affiliés potentiels, de la satisfaction en cas de réalisation d'un cas d'assurance ; les affiliés se montrent également disposés à refaire ce même choix d'affiliation.

8. Peu de changements de caisse-maladie depuis l'introduction de la LAMal

Seule une minorité des ménages a changé d'assurance obligatoire depuis l'introduction de la LAMal au début de 1996. De plus, le taux de changement annuel a diminué au cours de ces deux dernières années.

La principale raison évoquée par les personnes interrogées pour renoncer au changement de caisse-maladie réside en leur satisfaction. Par ailleurs, un changement éventuel est souvent mis en relation avec le prix, à savoir le niveau des primes.

Les personnes qui changent de caisse-maladie représentent dans l'ensemble une minorité : elles ne constituent que 14 % de l'échantillon global. Parmi les personnes qui décident d'un changement de caisse ou non, ce sont plutôt les jeunes qui optent pour le changement, et plutôt ceux qui proviennent de Suisse romande et du Tessin. En Suisse alémanique, ce sont plutôt les grands ménages qui changent de caisse-maladie.

Les sources d'informations consultées avant le changement étaient pour moitié la nouvelle caisse-maladie et pour l'autre moitié les services spécialisés de conseil.

9. Peu de changements du modèle d'assurance

Près d'un quart des ménages (24 %) ont changé de modèle d'assurance au cours de ces quatre dernières années et seule une petite minorité prévoit un changement à l'avenir.

Les ménages de grande taille dont le niveau de formation de la personne responsable pour l'assurance-maladie est élevé choisissent plutôt un modèle d'assurance alternatif.

10. Peu de changements dans les assurances complémentaires

La grande majorité des ménages n'a rien changé aux assurances complémentaires. En cas de changement, il s'agissait dans la plupart des cas d'une diminution de la couverture marquée par la dénonciation de l'assurance d'hospitalisation en division semi-privée ou privée, ceci pour des motifs financiers.

Seule une minorité a procédé à une extension des assurances complémentaires, et là aussi ce sont les assurances d'hospitalisation qui sont en tête : assurance générale d'hospitalisation dans toute la Suisse. Les raisons citées pour une extension de la couverture sont avant tout le désir d'une meilleure protection ainsi que le besoin ressenti de prestations spécifiques.

Conclusions

Quelles sont les **conclusions** que l'on peut tirer de ces résultats dans l'optique d'une appréciation des effets de la LAMal sur les assurés ?

1. Changements encore rares

Un objectif important de la LAMal est de faire jouer les **mécanismes du marché** et, par le biais de la standardisation des prestations, de faire jouer la concurrence entre les différents prestataires en matière de prix et de service.

Si l'on part du nombre de changements d'assurance depuis l'introduction de la LAMal, alors cet objectif n'a pas encore été atteint, surtout si l'on considère les notables différences entre les primes réelles des différents assureurs. À notre avis, l'aptitude à changer est encore très faible dans l'ensemble et peut être considérée comme négligeable. Ceci vaut aussi bien pour le changement de caisse-maladie dans l'assurance obligatoire que pour le changement de modèle d'assurance dans le contexte de l'assurance de base.

On peut constater d'autre part que, dans le cas d'un changement, c'est l'élément **prix** du marché, introduit par la LAMal, qui est déterminant, car l'on ne change pratiquement jamais pour d'autres motifs.

2. Présence d'un potentiel de changement

Les résultats indiquent cependant également la présence d'un **potentiel de changement** de caisse-maladie dans l'assurance obligatoire. Le facteur prix en tant qu'élément du marché devrait jouer ici un rôle incitatif.

Ce potentiel de changement dans l'assurance obligatoire existe en premier lieu pour les personnes jeunes en Suisse romande et au Tessin, en deuxième lieu dans les ménages de grande taille en Suisse alémanique. On peut également admettre que le quart des ménages pour lesquels la comparaison des primes donne un résultat négatif disposent en principe d'un potentiel de changement.

Les quatre **modèles alternatifs de l'assurance obligatoire** (franchise augmentée, HMO, modèles du médecin de famille, bonus) peuvent également être considérés comme une possibilité de dynamiser le « marché » et de réduire les coûts en faisant appel à une plus grande responsabilité individuelle des assurés. Leur potentiel de diffusion semble toutefois avoir été épuisé dans une grande mesure. Un recours plus fréquent aux franchises d'un montant plus élevé pourrait cependant être possible.

3. Exploitation problématique de ce potentiel

Si l'on peut partir de l'idée qu'il existe un potentiel non épuisé, alors se pose la question des **facteurs favorables et des facteurs défavorables**.

La principale raison d'**insatisfaction**, le prix, montre bien qu'il y a un certain potentiel de changement. Il ne sera toutefois possible d'en tirer parti que si les assurés sont convaincus qu'un éventuel changement ne leur portera pas préjudice ou que le fait de rester dans leur caisse ne se traduit pas par des avantages par rapport aux nouveaux affiliés.

On peut se demander dans ce contexte si une plus grande **quantité d'informations** est réellement souhaitée. La majorité des ménages semble se contenter d'un degré d'information généralement moyen. Le fait que l'on ne désire pas d'informations supplémentaires signifie généralement aussi que l'on n'éprouve **aucun besoin** de revoir sa situation et **d'agir en conséquence**.

Les jeunes ménages constituent un potentiel de changement plutôt supérieur à la moyenne, car ils sont moins marqués par la tradition et que leur relation avec leur caisse-maladie est de moindre ancienneté. Mais ce sont précisément les jeunes qui sont les moins atteints par

les informations des assurances-maladie. Pour les informer, il y a lieu d'examiner les possibilités offertes par d'autres canaux d'information.

La **satisfaction** des assurés face à leur caisse-maladie est généralement élevée, ce qui laisse mal augurer des changements de caisse-maladie. Ce jugement est à nuancer en Suisse romande et au Tessin, en raison du degré de satisfaction moindre et d'autres facteurs régionaux.

4. Les mesures de réduction des primes ont atteint leur but

L'instrument de la LAMal que constitue la **réduction des primes** fonctionne. Il est bien connu et ceux qui sont contactés réagissent. Ceux qui ne sont pas contactés réagissent d'eux-mêmes lorsqu'ils prennent conscience de leur droit. La grande majorité des ménages contactés ou ayant réagi d'eux-mêmes et appartenant au groupe cible visé bénéficient d'une réduction de prime, dont le paiement ne pose en règle générale aucun problème.

Le dispositif de réduction de primes semble atteindre son public cible. La question de savoir si la réduction octroyée est adaptée aux besoins et si le but du dispositif est atteint du point de vue quantitatif ne fait pas l'objet de la présente évaluation.

5. Bilan globalement

Si l'on se fonde sur les objectifs principaux de la LAMal pour évaluer l'impact effectif observé jusqu'ici, il faut tenir compte du fait que les changements de comportement prennent du temps. Il faut en effet du temps pour se faire à un secteur nouvellement organisé comme un marché et doté d'éléments de concurrence, et pour adapter son comportement à la nouvelle situation.

En tenant compte de ces faits, le **bilan** est alors éminemment positif :

- De l'avis des assurés, la fourniture d'une couverture médicale de haut niveau est assurée.
- L'objectif d'une couverture médicale financièrement supportable et d'une évolution modérée des coûts n'est que partiellement atteint : certes, il y a des reproches relatifs à la pression des coûts, mais le rapport prix / prestations fait en général l'objet d'une appréciation positive. De plus, la réduction de primes a atteint son but.
- L'objectif visant à inciter les assurés à adopter un comportement économique n'est pas encore atteint : certes, les conditions préalables ont été créées, mais les ménages font encore preuve de retenue dans leur mise en œuvre. Des potentiels sont toutefois présents.

Recommandations

Selon les objectifs de la LAMal, il faut aussi encourager les assurés à adopter un comportement de type économique. Il est donc clair que l'attitude face au marché et au changement jouent un grand rôle dans la formulation de **recommandations**, tout comme l'information d'ailleurs. Toutefois, celle-ci est une condition nécessaire, mais pas suffisante pour assurer un comportement économique.

On peut aborder le renforcement d'un comportement économique et le fait de tirer un meilleur parti de la marge de manœuvre instaurée par la LAMal pour les assurés comme un problème de **marketing**, et en déduire des recommandations répondant à la systématique du **marketing-mix**. Celui-ci se compose de quatre éléments : produit, prix, distribution et promotion.

Recommandations en matière de produit :

1. L'assurance obligatoire doit être mieux positionnée et se profiler en tant qu'**ensemble standard** de prestations identiques dans toutes les assurances.
2. Le choix de l'assureur pour l'assurance obligatoire doit être mieux décrit et souligné comme constituant une **décision d'achat** comme les autres. Il faut banaliser le choix de sa caisse-maladie.

Recommandations en matière de prix :

3. Les **différences de primes** entre les caisses-maladie ainsi que les aspects prix des différents modèles de l'assurance obligatoire doivent être mieux portés à la connaissance du public.
4. La **transparence des coûts** doit être augmentée pour les assurés en imposant aux assurances :
 - de faire dans les certificats d'assurance une distinction claire entre les primes de l'assurance obligatoire et celles des assurances complémentaires,
 - d'indiquer en les séparant clairement les primes brutes et les éventuels rabais.
5. Afin de ne pas imposer de limites au comportement économique des assurés, il faut empêcher les nouvelles « chaînes dorées » que constitue une différenciation des prix entre **assurances complémentaires** avec et sans assurance obligatoire.

Recommandations en matière de distribution :

6. L'OFAS doit utiliser les assurances, dans le cadre de leur obligation de renseigner, en tant que **canal de distribution** d'informations neutres et orientées en fonction du marché.

Recommandations en matière de promotion :

7. Il y a lieu de renoncer à une vaste **campagne d'information ou d'image**.
8. L'**information relative au marché**, sur des thèmes et pour des groupes cibles déterminés, doit être renforcée dans l'optique d'encourager le comportement de changement de la part des assurés. Cette tâche d'information peut être assumée par l'OFAS lui-même, ou par des tiers neutres dans le contexte d'un mandat de prestations limité dans le temps. D'un point de vue stratégique, il s'agit ici de tirer le meilleur parti possible du potentiel d'innovation.

9. Les principaux **groupes cibles** à viser sont les suivants :
- Régions où le niveau des primes est élevé (Suisse romande et Tessin)
 - Nouveaux candidats à l'assurance arrivant sur le marché
 - Ménages jeunes et familles
 - Personnes dont le niveau de formation est élevé

Riassunto

La **legge sull'assicurazione malattie** (LAMal) del 18 marzo 1994, in vigore dall'inizio del 1996, ha messo a disposizione degli operatori del settore sanitario incentivi e strumenti che facilitano e promuovono un comportamento improntato a criteri economici. Anche per gli assicurati si sono aperti nuovi spazi di manovra ed è stato creato un mercato assicurativo dotato del libero passaggio. Favorendo un comportamento economicamente più responsabile da parte degli assicurati si dovrebbe ottenere un effetto di contenimento dei costi nell'ambito dell'assicurazione di base obbligatoria.

L'**obiettivo** della presente valutazione si ricollega all'articolo 32 OAMal, che prescrive di esaminare l'influsso della legge sul comportamento degli assicurati. Nello studio sono state rilevate le ripercussioni della legge ponendo domande circa i cambiamenti intervenuti dopo la sua introduzione.

A livello metodologico la valutazione è fondata su due **sondaggi** rappresentativi, collegati tra di loro, condotti presso gli assicurati: un sondaggio sulla popolazione e un sondaggio sulle economie domestiche. In ambedue i sondaggi sono state interrogate le persone responsabili dell'assicurazione malattie. Il sondaggio telefonico presso le 2036 persone e le 2152 economie domestiche è stato svolto all'inizio dell'estate del 2000. I risultati dello studio sono rappresentativi ed attendibili.

Sondaggio sulla popolazione

1. Percezione di effetti negativi della LAMal – grado d'informazione medio

Poco più della metà della popolazione ha avvertito cambiamenti nell'assicurazione malattie in seguito alla LAMal, mentre un terzo ritiene che fondamentalmente non sia cambiato nulla.

Invitati a rispondere spontaneamente e senza ausilio alcuno, coloro che hanno constatato cambiamenti sono in grado di menzionare solo poche ripercussioni concrete riconducibili all'introduzione della LAMal. Le conoscenze attive sui cambiamenti sono quindi da ritenersi piuttosto ridotte; d'altro canto per la maggior parte degli assicurati concretamente non è cambiato molto. Per esempio, la maggior parte era assicurata già prima dell'introduzione dell'obbligo assicurativo, praticamente nessuno pensava a cambiare cassa malati e comunque solo una piccola parte beneficia della riduzione dei premi.

Di maggior interesse è il fatto che i cambiamenti avvertiti sono soprattutto di carattere negativo: l'aumento dei premi dell'assicurazione di base e l'esplosione generalizzata dei costi nel settore sanitario sono gli elementi più frequentemente imputati alla revisione della legge. A questo proposito la discussione condotta nel mondo politico e dai media, incentrata soprattutto sulla questione dei costi, ha indubbiamente lasciato il segno.

La popolazione giudica medio il proprio grado d'informazione sulle normative attuali dell'assicurazione malattie. Anche la conoscenza del catalogo delle prestazioni dell'assicurazione di base risulta essere di grado medio.

2. Valutazione media e grado di soddisfazione medio

Complessivamente la posizione degli interpellati nei confronti della LAMal si trova a metà strada tra approvazione e rifiuto: tuttavia, su sette caratteristiche derivate dai tre obiettivi principali della LAMal sono stati espressi giudizi molto diversi tra loro. Si può quindi dire che la LAMal suscita reazioni sia positive che negative.

Agli occhi della popolazione la LAMal garantisce una buona assistenza medica. Quanto alla sua adeguatezza alle esigenze della popolazione ed alla sua equità, invece, il giudizio non è né positivo né negativo.

Su tre aspetti il giudizio della popolazione è negativo: primo, la LAMal è ritenuta piuttosto complicata; secondo, i più giudicano la LAMal eccessivamente costosa e quindi piuttosto difficile da pagare; terzo, la maggior parte le contesta l'effetto di riduzione dei costi.

Il grado di soddisfazione generale della popolazione nei confronti della LAMal può essere definito medio. Di conseguenza, anche il catalogo delle prestazioni dell'assicurazione di base è ritenuto buono dalla metà della popolazione. Un buon terzo lo vorrebbe più ampio, mentre solo una minoranza si dice favorevole a ridurlo.

3. Risultati diversi in funzione delle fasce di popolazione

Se si considerano le differenze riscontrate in funzione delle singole fasce di popolazione, emerge quanto segue:

- Il livello di formazione e il reddito, che sono collegati tra di loro, rappresentano importanti fattori d'influenza. Le persone con una formazione e un reddito superiori sono da un lato meglio informate sulla LAMal, ma dall'altro più critici e meno soddisfatti.
- Differenze secondo la regione linguistica emergono solo su singoli, ma importanti punti: la Svizzera francese è più critica nei confronti della LAMal e si esprime anche in modo più energico a favore di un ampliamento del catalogo delle prestazioni.
- Le persone che si ritengono pesantemente gravate dai premi si distinguono dalle altre in punti significativi: sono un po' meglio informate, ma soprattutto sono più critiche nei confronti della LAMal, ne sono meno soddisfatte e auspicano piuttosto un ampliamento del catalogo delle prestazioni.

Sondaggio sulle economie domestiche

I **risultati del sondaggio sulle economie domestiche** possono essere riassunti in questi termini:

1. Appartenenza di lunga data a una cassa per tradizione

La durata dell'appartenenza a una cassa è elevata anche considerando l'età delle economie domestiche, in quanto spesso i figli restano affiliati alla cassa dei genitori. Accanto a questo, i tre criteri più frequenti per la scelta della cassa malati sono costituiti da consigli dati da altri, buone prestazioni e l'ammontare dei premi quale unico criterio legato al mercato.

2. La scelta della franchigia riscuote successo

Oltre la metà delle economie domestiche ha scelto un modello assicurativo speciale, il più delle volte l'aumento della franchigia. Tuttavia, nella maggior parte dei casi la franchigia viene aumentata solo di poco. Il grado di soddisfazione nei confronti del modello della franchigia più elevata è piuttosto buono. Gli altri tre modelli vanno giudicati insignificanti.

3. Le assicurazioni complementari sono frequenti

Circa tre quarti delle economie domestiche hanno stipulato assicurazioni complementari, perlopiù con la stessa cassa presso la quale hanno già stipulato l'assicurazione di base. Il più delle volte si tratta di assicurazioni complementari a basso costo per la medicina alternativa o per diverse prestazioni, del „reparto comune Svizzera“ e del costoso „reparto ospedaliero semiprivato“.

4. L'evoluzione dei premi è giudicata negativamente

L'evoluzione dei premi è ritenuta sfavorevole dalla stragrande maggioranza delle economie domestiche. Il rapporto premi-prestazioni è invece giudicato adeguato da oltre la metà degli interpellati, sfavorevole da un terzo e favorevole da un'esigua minoranza.

L'onere finanziario dovuto ai premi dell'assicurazione di base è ritenuto elevato da poco meno della metà delle economie domestiche, mentre quasi altrettante lo giudicano adeguato.

Solo un buon terzo degli interpellati ritiene il proprio premio dell'assicurazione di base comparabile ai premi applicati sul posto da altre casse, poco meno di un terzo lo ritiene superiore e un quinto lo giudica inferiore rispetto ai premi di altre casse. Ciononostante rimane contenuto il numero di coloro che hanno provveduto a cambiare la cassa malati.

Più della metà delle economie domestiche prese in considerazione dichiara di tentare sistematicamente di tenere bassi i costi dell'assicurazione di base, un buon decimo lo farebbe in parte e oltre un quarto dice di non intraprendere sforzi in questa direzione.

5. Grado d'informazione medio

Il grado d'informazione soggettivo sulla LAMal presso le economie domestiche è medio, la conoscenza delle prestazioni dell'assicurazione di base un po' migliore.

Il funzionamento esatto dei diversi modelli assicurativi dell'assicurazione di base è in generale conosciuto ad un livello medio, ad eccezione della notissima possibilità di scegliersi da soli la franchigia. Il modesto ricorso ai modelli, ad eccezione della libera scelta della franchigia, non è quindi dovuto soltanto alla mancanza d'informazione.

La conoscenza oggettiva degli elementi di base della LAMal è buona nella maggior parte delle economie domestiche, ma vi è comunque una percentuale considerevole degli interpellati che dà risposte sbagliate o non sa dare risposta. L'elemento meglio conosciuto è la libera scelta della cassa nell'assicurazione di base, quello meno conosciuto l'uguaglianza dei premi per tutti i gruppi d'età.

La maggior parte delle economie domestiche non desidera ulteriori informazioni sull'assicurazione di base, non ritenendo quindi problematico il suo modesto grado

d'informazione. La necessità d'informazioni supplementari è accusata soprattutto da parte di servizi consultivi e ufficiali neutrali.

6. *La cassa malati quale fonte d'informazione principale*

Le comunicazioni fornite dalle casse malati rappresentano la principale fonte d'informazione delle economie domestiche per quanto concerne l'assicurazione di base, i media si trovano al secondo posto. Le economie domestiche si informano dunque in modo unilaterale, in quanto difficilmente fanno a ricorso a diverse fonti d'informazione.

Le informazioni delle casse malati sono perlopiù definite comprensibili. La maggior parte delle economie domestiche riceve dalla cassa malati una rivista degli assicurati o una pubblicazione analoga, ma l'interesse per queste fonti d'informazione periodiche lascia a desiderare.

Le economie domestiche si sentono solo mediamente informate dalle loro casse malati in merito alle possibilità di disdetta, che costituiscono una premessa importante per il cambiamento di cassa.

7. *Alto grado di soddisfazione nei confronti della propria cassa malati*

Il grado di soddisfazione generale delle economie domestiche nei confronti della loro cassa malati è alto. I motivi della grande soddisfazione risiedono in particolare nelle buone prestazioni di servizio come i pagamenti tempestivi, nella buona informazione e nella gentilezza del personale.

I motivi di una bassa soddisfazione sono il rapporto prezzo-prestazioni sfavorevole, prestazioni di servizio lacunose fornite dalla cassa malati e problemi avuti con l'amministrazione.

La propria cassa malati riceve buoni voti anche per quanto riguarda la disponibilità a dare consigli e il grado di soddisfazione in caso di malattia o infortunio. Gli assicurati sono pure spesso disposti a scegliere la stessa cassa malati.

8. *Pochi cambiamenti di cassa malati dall'introduzione della LAMal*

Solo in una minoranza delle economie domestiche è stata cambiata l'assicurazione di base dall'introduzione della LAMal, avvenuta all'inizio del 1996. Negli ultimi due anni è inoltre diminuita la quota dei cambiamenti annui.

Il motivo principale addotto dagli interpellati per la rinuncia a cambiare la cassa malati consiste nel fatto che sono soddisfatti della propria. Sull'altro versante, un cambiamento di cassa è quasi sempre motivato con il prezzo, ovvero con l'ammontare del premio.

Le persone che hanno cambiato cassa rappresentano una minoranza corrispondente soltanto al 14 per cento degli interpellati. Le persone giovani responsabili dell'assicurazione malattie sono maggiormente portate a cambiare la cassa malati, e ciò più frequentemente nella Svizzera francese e in Ticino. Nella Svizzera tedesca la tendenza a cambiare cassa si riscontra piuttosto nelle economie domestiche di una certa dimensione.

Le fonti d'informazione cui gli assicurati hanno attinto prima di cambiare cassa sono state, in pari misura, la nuova cassa malati e organi consultivi specializzati.

9. Cambiamenti moderati del modello assicurativo

Circa un quarto (24%) delle economie domestiche ha cambiato il proprio modello assicurativo negli ultimi quattro anni e solo un'esigua minoranza prevede di cambiarlo in futuro.

Le economie domestiche di una certa dimensione e in cui la persona responsabile dell'assicurazione malattie possiede una formazione superiore tendono piuttosto a scegliere un modello assicurativo alternativo.

10. Pochissimi cambiamenti nelle assicurazioni complementari

Nella stragrande maggioranza delle economie domestiche non si è proceduto ad alcun cambiamento nelle assicurazioni complementari. Se qualcosa è stata cambiata, allora si è trattato quasi sempre di una riduzione dovuta alla disdetta, per motivi finanziari, di un'assicurazione ospedaliera per il reparto semiprivato o privato.

Solo una minoranza ha proceduto a un ampliamento delle assicurazioni complementari. Anche in questo caso si è trattato in primo luogo delle due assicurazioni ospedaliere citate, oltre che dell'"assicurazione ospedaliera nel reparto comune per tutta la Svizzera". I motivi addotti per un ampliamento sono soprattutto il desiderio di una maggiore protezione e la necessità delle relative prestazioni.

Conclusioni

Quali **conclusioni** è possibile trarre da questi risultati in vista di una valutazione delle ripercussioni della LAMal sugli assicurati?

1. La propensione per il cambiamento è ancora insignificante

Un obiettivo importante della LAMal consiste nel fare entrare in gioco **meccanismi di mercato** e – essendo le prestazioni standardizzate – nell'esplicare un effetto di contenimento dei costi mediante la concorrenza tra i singoli offerenti per quanto riguarda il prezzo e il servizio.

Se si considerano il numero di cambiamenti d'assicurazione avvenuti dall'introduzione della LAMal e le significative differenze reali di premio tra le singole assicurazioni, si può dire che l'obiettivo menzionato non è stato ancora raggiunto. Dal nostro punto di vista, finora la **propensione per il cambiamento** può essere definita complessivamente scarsa e trascurabile. Questo giudizio vale sia per il cambiamento di cassa malati nell'assicurazione di base, sia per il cambiamento di modello assicurativo all'interno dell'assicurazione di base.

D'altro canto occorre evidenziare che coloro che hanno deciso di cambiare qualcosa si sono orientati sul **prezzo**, l'elemento di mercato introdotto con la LAMal, che è praticamente l'unico motivo per un cambiamento.

2. Esiste un potenziale per il cambiamento

I risultati mostrano tuttavia anche che nell'assicurazione di base esiste un **potenziale per il cambiamento** di cassa. A questo proposito, il prezzo (elemento di mercato) dovrebbe rivestire una sua importanza.

Un simile potenziale per il cambiamento dell'assicurazione di base è riscontrabile in primo luogo tra le persone più giovani nella Svizzera francese e in Ticino, in secondo luogo nelle economie domestiche di una certa dimensione nella Svizzera tedesca.

Si può inoltre presumere che quel quarto delle economie domestiche che nel confronto dei premi giunge a un risultato negativo costituisca fundamentalmente un potenziale per il cambiamento.

Anche i quattro **modelli** alternativi **dell'assicurazione di base** (franchigia elevata, HMO, bonus) possono essere visti come possibilità di dinamizzazione del „mercato“ e di contenimento dei costi mediante una maggiore responsabilizzazione del singolo. In questo caso il potenziale di diffusione sembra però in larga misura esaurito. Una possibilità potrebbe tuttavia essere individuata nella maggiore utilizzazione delle franchigie elevate.

3. Lo sfruttamento del potenziale non è un'operazione semplice

Se si può dare per scontata l'esistenza di un potenziale non sfruttato, ci si deve chiedere quali siano i **fattori incentivanti e quelli inibitori**.

D'altra parte il motivo principale di **insoddisfazione**, il prezzo, è indice dell'esistenza di un potenziale per il cambiamento. Questo potenziale può tuttavia essere sfruttato unicamente se gli assicurati sono convinti che cambiando non sorgeranno svantaggi per loro, ma anche che rimanendo non avranno vantaggi rispetto ai nuovi assicurati della loro cassa malati.

A questo proposito bisogna tuttavia chiedersi se una maggiore informazione sia poi veramente auspicata. La maggior parte delle economie domestiche sembra volersi accontentare del modesto grado d'informazione generale. Il fatto che non vengano richieste maggiori informazioni generali è probabilmente da interpretare come una mancanza della necessità di essere informati in modo più particolareggiato e della **necessità di agire**.

Le economie domestiche giovani rappresentano in parte un potenziale per il cambiamento piuttosto al di sopra della media, in quanto sono ad esempio meno legate alle tradizioni e intrattengono relazioni con la cassa da meno tempo. Ora, tuttavia, saranno proprio i giovani ad essere raggiunti in misura minore dalle informazioni delle assicurazioni malattie. Per informarli bisognerà percorrere altre vie.

I clienti sono generalmente molto **soddisfatti** della propria cassa malati, il che suggerisce di per sé una previsione negativa per quanto riguarda il cambiamento della cassa malati. Tenuto conto del minor grado di soddisfazione, in sintonia con altri risultati del sondaggio, per la Svizzera francese e il Ticino questa previsione si configura tuttavia in modo un po' più positivo.

4. La riduzione dei premi ha raggiunto il suo scopo

La **riduzione dei premi** quale strumento della LAMal funziona. Essa è infatti molto ben conosciuta e coloro che vengono contattati reagiscono. Chi non viene contattato si muove di propria iniziativa quando si rende conto di avere diritto alla riduzione. Gran parte delle economie domestiche contattate o che si muovono di propria iniziativa, appartenenti al gruppo di

destinatari che si intende raggiungere, beneficia effettivamente di una riduzione dei premi. Di regola il versamento avviene senza alcun problema.

La riduzione dei premi sembra raggiungere il pubblico destinatario. Non è scopo del presente studio stabilire se gli importi versati siano adeguati al fabbisogno e se quindi l'obiettivo sia raggiunto dal profilo quantitativo.

5. Bilancio complessivo

Se per valutare **in che misura siano stati finora raggiunti gli obiettivi** ci si basa sugli scopi principali della LAMal, bisogna considerare che i cambiamenti del comportamento richiedono tempo. Ci vuole tempo per abituarsi e adeguare il proprio comportamento alla nuova situazione in un ambito appena aperto al mercato e dotato di elementi di concorrenza prima inesistenti.

Tenuto conto di questo fatto, il **bilancio** si presenta abbastanza positivo:

- secondo quanto dichiarato dagli assicurati, l'obiettivo di garantire un'assistenza medica di elevata qualità è stato raggiunto.
- L'obiettivo di un'assistenza medica finanziariamente sostenibile e di un'evoluzione moderata dei costi è stato raggiunto solo in parte: nonostante le lamentele circa la pressione dei costi, il rapporto prezzo-prestazioni è complessivamente giudicato in modo positivo. Inoltre, la riduzione dei premi ha raggiunto il suo obiettivo.
- L'obiettivo di permettere anche agli assicurati di agire secondo criteri economici non è ancora stato raggiunto: si sono creati i presupposti necessari, ma le economie domestiche esitano ancora a tradurli in pratica. Si riconosce comunque una certa potenzialità.

Raccomandazioni

Conformemente agli obiettivi della LAMal va promosso anche un comportamento degli assicurati conforme ai criteri dell'economia. È pertanto ovvio che per la formulazione di **raccomandazioni** hanno un ruolo di grande importanza tanto il comportamento nei confronti del mercato e del cambiamento quanto la pertinente informazione agli assicurati, anche se quest'ultima costituisce una premessa necessaria ma comunque insufficiente per un comportamento conforme a criteri economici.

È possibile intendere il promovimento di un comportamento conforme a criteri economici e il maggiore sfruttamento del margine di manovra della LAMal da parte degli assicurati come un problema del **marketing** e quindi far derivare le raccomandazioni dal sistema del **marketing-mix**. Quest'ultimo consiste in quattro componenti: prodotto, prezzo, diffusione e promozione.

Raccomandazioni a livello del prodotto:

1. L'assicurazione di base deve essere posizionata e caratterizzata in modo più chiaro quale **pacchetto di prestazioni standardizzato** e quindi identico presso tutte le assicurazioni.

2. La scelta dell'assicuratore per l'assicurazione di base deve essere definita chiaramente come normale **decisione d'acquisto**. Il meccanismo dell'abitudine nella scelta della cassa malati deve essere infranto.

Raccomandazioni a livello del prezzo:

3. Occorre far conoscere meglio agli assicurati le **differenze di premio** da una cassa all'altra e gli aspetti legati al prezzo dei diversi modelli nell'assicurazione di base.
4. Bisogna aumentare la **trasparenza dei costi** per gli assicurati obbligando le assicurazioni a
 - distinguere in modo chiaro nei certificati d'assicurazione il premio dell'assicurazione di base da quelli delle assicurazioni complementari;
 - indicare in modo chiaramente distinto i premi lordi e eventuali sconti.
5. Allo scopo di non limitare il comportamento sul mercato degli assicurati, occorre impedire nuove „gabbie dorate“ dovute alla differenziazione dei prezzi tra **assicurazioni complementari** con e senza assicurazione di base.

Raccomandazioni a livello della diffusione:

6. L'UFAS deve servirsi delle assicurazioni, nel quadro del loro obbligo d'informare gli assicurati, come canali di diffusione di un'informazione neutrale e orientata al mercato.

Raccomandazioni a livello della promozione:

7. Si dovrà rinunciare al lancio di **campagne d'informazione o d'immagine** su vasta scala.
8. Allo scopo di promuovere un comportamento conforme alle regole del mercato da parte degli assicurati, occorre rafforzare **l'informazione sul mercato** riferita a tematiche e gruppi destinatari specifici. Quest'informazione può essere assunta dall'UFAS medesimo oppure da terzi neutrali nel quadro di un mandato di prestazioni limitato nel tempo. Dal punto di vista strategico bisognerà rivolgersi a chi è potenzialmente disposto ad evolvere il proprio comportamento.
9. Quali **gruppi destinatari** prioritari vanno presi in considerazione:
 - le regioni con elevato livello dei premi (Svizzera francese e Ticino);
 - le persone che si accingono a entrare nel mercato per la prima volta;
 - le economie domestiche giovani e quelle familiari;
 - le persone che hanno goduto di una formazione superiore.

Summary

The new Federal Law on Sickness Insurance (KVG/LAMal), in force since the beginning of 1996, gave health service providers the incentives and instruments they require to account for economic considerations. The insured too were given greater leeway with the creation of a liberal insurance market. The aim was to encourage autonomous and responsible economic thinking relative to basic health insurance among the insured, and eventually curb health care costs.

The **objective** of this assessment is drawn from Art. 32 KVV/OAMal, which says that the effects of the new law on the behaviour of insured parties should be monitored. This study summarises the effects of the law by analysing the evolution that has taken place since it was introduced.

Our assessment is based upon a combination of two representative **surveys** of insured persons: a general population survey and a household survey, in which only the person in charge of health insurance was interviewed. We surveyed 2036 people and 2152 households by telephone during the early summer 2000. The results of the study are representative and meaningful.

Population survey

1. Perception of the negativ effects of the KVG/LAMal - moderate level of knowledge

Half of the population perceived changes in health insurance as a result of the KVG/LAMal, while a third felt that nothing has actually changed.

However, even those who had observed changes were able to name only a few concrete effects of the new KVG/LAMal spontaneously and without prompting. Active knowledge of such changes is relatively scant, and in fact for most insured persons things in practice did not change very much. For example, most were already in possession of health insurance before it was made obligatory, a negligible number switched insurance companies as a result of the new law and only a minority enjoy a reduction in their premium.

More significant is the fact that those changes which were observed were primarily negative ones: higher premiums for basic insurance and a general cost explosion in health care were most often cited as effects of the new law. The fact that the political and media debate on this subject focuses strongly on the cost factor has undoubtedly left its mark.

The population judged its own knowledge of current health insurance provisions to be moderate, as is its knowledge of the benefits the basic health insurance policy entitles them to.

2. Moderate assessment and satisfaction

The general attitude towards the KVG/LAMal could be described as moderate, halfway between approval and rejection. However, seven aspects of the law, derived from its three principal aims, were judged in highly differentiated fashion.

Public opinion is that the KGV/LAMal represents a guarantee of good medical care. Its degree of relevance to the population's requirements and its fairness were also assessed moderately, midway between approval and rejection.

Popular opinion proved negative on three points. First, the KVG/LAMal is considered too complicated. Second, the majority of the population believes that the KVG/LAMal makes health insurance too expensive and presents them with a certain financial burden. Third and last, the majority feels that it has not helped curb health costs.

The population recorded a moderate level of general satisfaction with the KVG/LAMal. Correspondingly, about half are satisfied with the benefits provided by basic insurance, over a third would like them to be extended and only a minority preferred cuts.

3. Results differ between population sections

The following differences were observed across the population:

- Education and income, which are inextricably linked, greatly influenced the results. People with higher levels of education and higher income were better informed concerning the KVG/LAMal, but they were also more critical of it and less satisfied.
- Differences according to linguistic areas cropped up for only a few topics but very important ones. French-speaking Switzerland is more critical of the KVG/LAMal and is the most vociferous in demanding an extension of benefits.
- Those who feel that their premiums are too high differ from the rest of the population on several important counts: they are better informed, more critical of the KVG/LAMal, less satisfied and would prefer an expansion of benefits.

Household survey

1. A tradition of loyalty

Households are likely to remain with the same insurance company. This is true even for younger households, which tend to have the same insurer as their parents did. The other three most common criteria for the choice of an insurer are recommendations from others, good benefits, and premium levels, which is the only market-related criterion.

2. Free choice meets with approval

Over half of surveyed households opt for a special insurance model, with an increase of the deductible as the most frequent variable, although in most cases this increase is but slight. This model records a good level of satisfaction. The other three models play no major role.

3. Widespread supplementary insurance

Approximately three-quarters of households hold supplementary insurance policies, usually from the same company as basic health insurance. The most frequent option is inexpensive supplementary insurance to cover alternative medicine therapies, miscellaneous services, "Swiss general hospital wards" and "semi-private hospital wards".

4. *Negative assessment of premium evolution*

The overwhelming majority of households view the current premium evolution as undesirable. Yet over half of those surveyed finds that the premium to service ratio is adequate, a third finds it unsatisfactory and only a small minority finds it to be positive.

Almost half the households feel that the financial burden of basic insurance is considerable; an almost equal proportion finds it adequate/reasonable.

Only a third of the households surveyed judged their own basic insurance premium to be more or less equal to with the premiums offered by other local insurers; a quarter rated it higher and a fifth as lower than premiums offered by others. Nevertheless, there is an unwillingness to switch insurance companies.

Over half of those surveyed stated that they try to keep the cost of their basic insurance low. One tenth do so in part, and over a quarter make no such effort.

5. *Moderate level of knowledge*

Households' subjective knowledge of the KVG/LAMaI is moderate, whereas knowledge of basic insurance benefits is somewhat better.

With the exception of the much-publicised possibility to choose one's own deductible, households are moderately well informed about how the various basic insurance models actually work. The fact that these models are made poor use of is apparently not due to a complete lack of information only.

Although the majority of households have satisfactory objective knowledge of the basic elements of the KVG/LAMaI, a considerable proportion of those surveyed responded wrongly or not at all. The best known aspect is the free choice of one's insurance company for basic health insurance; premium equality across all age groups is the least known aspect.

The majority of households do not want further information on basic health insurance, and do not seem to regard their moderate level of information as a problem. Additional information is required primarily for counselling and administrative services.

6. *Health insurers are the most important source of information*

Announcements by insurers are the most important source of information on basic insurance, followed by the media. Households tend to rely on only one source of information, rarely turning to other information sources.

Households assess information provided by health insurance companies as understandable; most receive a newsletter or similar publication. However, the information thus provided is relatively poorly assimilated.

Those surveyed felt that insurers provided them with too little information on the possibility to cancel membership, an important prerequisite for switching companies.

7. High satisfaction rates with one's own insurer

The general rate of satisfaction with the present insurer is high in households. The reasons cited are good benefits, prompt reimbursements, good information and friendly staff.

Reasons for a lower satisfaction rate are the price to benefit ratio, insufficient benefits and red tape.

Present insurers also scored well with reference to the customers' willingness to recommend them to others and to renew affiliation, and were praised for their prompt response to claims.

8. Few switches since the introduction of the KVG/LAMal

Only a minority of households switched basic health insurers since the introduction of the KVG/LAMal at the beginning of 1996. In fact, the rate of annual switches actually decreased over the last two years.

The main reason cited for not switching was overall satisfaction. A change is usually motivated on price grounds, on how high the premium is.

"Switchers" are a minority; they represent a mere 14% of the overall sample. Young people responsible for insurance in the household were more likely to switch companies, particularly in French-speaking Switzerland and the Ticino. In German-speaking Switzerland, larger households were most likely to switch.

Sources of information prior to the switch were in equal part the new health insurance company or specialised advisory services.

9. Moderate changes relative to the insurance model

Approximately one quarter of households (24%) changed their insurance model over the last four years, and only a very small minority plan to do so in the future.

Larger households with a high level of education of the person responsible for insurance are most likely to choose an alternative insurance model.

10. Almost no change in additional insurance

The overwhelming majority of households made no changes to their supplementary insurance. Where there was a change, it was usually a downgrade on financial grounds from "semi-private" or "private" hospital insurance.

Only a minority chose to upgrade their supplementary insurance, in particular hospital insurance, and the "general hospital insurance throughout Switzerland". Reasons cited were the wish to be better covered and a need for the relevant benefits.

Conclusions

What **conclusions** can be drawn from these results in terms of assessing the effects of the KVG/LAMal on insured parties?

1. Negligible changing patterns

An important aim of the KVG/LAMal is to bring **market forces** into play, thereby lowering the price in terms of standardised benefits through competition between individual health insurers.

Considering the negligible switch rate since the introduction of the KVG/LAMal, this target has not been met, particularly in view of the significant differences between premium levels in various insurance companies. We perceive that **changing patterns** are as yet negligible, relative to both switching companies for basic insurance, and changing the basic insurance model.

On the other hand, we have observed that in the event of a change, the main motivation is **price**, a market factor introduced by the KVG.

2. Switch potential

However the results also show that there is a **switch potential** from one company to another at the level of basic health insurance policies, with price playing a determining role.

This concerns primarily younger people in French-speaking Switzerland and the Ticino, followed by larger households in German-speaking Switzerland.

One may also assume that the quarter of households, who felt their premiums were too high, present a fundamental switch potential.

Furthermore, **the four basic insurance models** (deductible based model, bonus, insurance which limits the choice of services) can be seen as ways to boost market mechanisms and curb costs through greater individual autonomy. The potential here seems to have been largely exhausted, though more extensive use of higher deductibles might provide an option with considerable potential that is not much used as yet.

3. Tapping potential is not so simple

Assuming that there is untapped potential, the question arises concerning the **motivating or inhibitory factors**.

The primary reason for customer **dissatisfaction**, the price, points to the fact that such a potential does exist. However, it can only be realised if the insured parties are convinced that they will not be disadvantaged by a change, or that staying with their old insurer will not put them in a more advantageous position than the newly insured.

But is there really a desire for more **information**? The majority of households seem content with their moderate level of knowledge. The fact that there is no demand for additional general information shows that there is no need for **general guidance or action**.

Young households present an above-average switch potential, since they are less bound by tradition and have not dealt with their insurance company for very long. Unfortunately, this is precisely the group that information from insurers least reaches. In this category other ways must be sought.

The level of customer **satisfaction** in terms of health insurance companies is generally high. In one way this does not bode well for the long-term aim of liberalising the health insurance market. However, in French-speaking Switzerland and the Ticino, where customer satisfaction levels were lower, this situation is globally more positive.

4. Reduced premiums

Reduced premiums are effective as a KVG/LAMal instrument. This is a widely known feature of the legislation, and insured parties, which have been informed, take action. Those who have not been informed, however, take it upon themselves to act, when they feel that they are entitled to do so. Households belonging to the group targeted by this measure are usually granted a premium reduction without difficulty.

It would appear that the targeted population benefits from reduced premiums. Whether payouts were adequate and the qualitative objective has been reached is a question beyond the scope of this evaluation.

5. Globally outlook

When assessing whether **to date the KVG/LAMal has achieved its main goals**, it is important to take into account the time factor. Freeing the market and ensuring competition between suppliers, as well as allowing customers to adjust to this new situation cannot happen overnight.

In light of this, the **outlook** is quite positive:

- The insured parties believe that high quality medical care is assured.
- However, the aim to ensure cost-effective medical care and curb costs has only been partly met. Although cost pressure is a frequent complaint, the overall price to benefit ratio is deemed positive. The reduced premium scheme functions successfully.
- Greater economic awareness among the insured is also lagging. Although everything is in place, households are hesitant in taking this step. However, the potential does exist.

Recommendations

In accordance with the aim of the KVG/LAMal, the market awareness of insured parties should be promoted. It stands to reason that when formulating **recommendations**, the role of the market, of switch behaviour and of information plays a decisive role, in spite of the fact that information is a necessary but not a sufficient prerequisite for market-driven behaviour.

In relation to the KVG/LAMal, increased economic awareness and greater room for negotiation by insured parties can be seen as a **marketing** concern; recommendations therefore might be derived from the **marketing-mix** system, with its four components: product, price, place (i.e. distribution), promotion.

Product recommendations:

1. Basic insurance should be positioned and profiled more clearly as a **standardised benefits package**, the same for all insurance policies.
2. The choice of insurer for basic insurance is to be regarded as a normal **purchasing decision**. Choosing a health insurance company on the grounds of habit must be abandoned.

Price recommendations:

3. The **differences in premiums** between insurance companies and the price aspects of the different basic insurance models must be made better known.
4. There must be greater **cost transparency** for the insured, in that insurers must be held to:
 - Clearly specify the distinction between basic and additional insurance premiums on insurance policy cards;
 - Distinguish clearly between gross premiums and any reductions.
5. In order not to curtail the market behaviour of the insured, new golden handcuffs, arising from price differentiation between supplementary insurance with or without basic insurance, must be avoided.

Distribution recommendations:

6. Pursuant to their legal obligation to inform, insurers should be used as a **channel** providing neutral and market-oriented information by the Federal Social Insurance Office.

Promotion recommendations:

7. Widespread information or image change **campaigns** should not be implemented.
8. **Market relevant information** targeting specific groups and issues must be reinforced in order to promote economic behaviour among the insured. This may be done by either the Federal Social Insurance Office itself, or by a third party mandated to do so on a short-term basis. From a strategic point of view, the innovator potential must be called into play.
9. The **primary target** groups are:
 - Areas with high premium levels (French-speaking Switzerland and Ticino)
 - Persons new to the health insurance market
 - Young households and family households
 - Highly-educated persons

Inhaltsverzeichnis

1 Ausgangslage	1
1.1 Das Krankenversicherungsgesetz von 1996	1
1.2 Zielsetzung der Evaluation	3
1.2.1 Forschungsstrategie für die Evaluation	3
1.2.2 Kriterien der Beurteilung	4
2 Methodologie	5
2.1 Bevölkerungsbefragung	5
2.2 Haushaltsbefragung	6
2.3 Verknüpfung der beiden Befragungen	9
2.4 Auswertung	9
2.5 Beschreibung der Stichprobe der Bevölkerungsbefragung	13
2.6 Beschreibung der Stichprobe der Haushaltsbefragung	16
2.7 Hinweis zur Interpretation	16
3 Ergebnisse Bevölkerungsbefragung	18
3.1 Wahrnehmung von Veränderungen	19
3.1.1 Allgemeine Wahrnehmung von Veränderungen infolge des KVG	19
3.1.2 Wahrgenommene Veränderungen infolge des KVG	21
3.2 Informiertheit	25
3.2.1 Subjektive Einschätzung der Informiertheit	25
3.2.2 Informiertheit über den Leistungskatalog der Grundversicherung	28
3.3 Einstellung zum KVG	30
3.3.1 Versorgungsqualität	32
3.3.2 Umfang	33
3.3.3 Bedürfnisadäquatheit	33
3.3.4 Gerechtigkeit	34
3.3.5 Kompliziertheit	34
3.3.6 Zahlbarkeit für die Versicherten	35
3.3.7 Kostendämpfende Wirkung	35
3.4 Zufriedenheit mit dem KVG	37
3.5 Beurteilung des Leistungskatalogs der Grundversicherung	39
3.6 Interpretation	42
4 Ergebnisse Haushaltsbefragung	46
4.1 Versicherungssituation in der Grund- und Zusatzversicherung	46
4.1.1 Kassenzugehörigkeit	47
4.1.2 Dauer der Kassenzugehörigkeit	47
4.1.3 Gründe der Kassenzugehörigkeit	48
4.1.4 Prämienhöhe	50
4.1.5 Verbreitung verschiedener Versicherungsmodelle	53
4.1.6 Zusatzversicherungen	57
4.1.7 Prämieinschätzung	62

4.1.8	Systematisches Kostenmanagement für die Grundversicherung	68
4.1.9	Interpretation	70
4.2	Subjektive und objektive Informiertheit	72
4.2.1	Allgemeiner Informationsstand	72
4.2.2	Bekanntheit der Versicherungsmodelle in der Grundversicherung	74
4.2.3	Objektive Kenntnis des KVG	76
4.2.4	Interpretation	79
4.3	Information	81
4.3.1	Informationsverhalten und Informationswünsche der Versicherten	81
4.3.2	Information der Krankenkassen	86
4.3.3	Interpretation	90
4.4	Zufriedenheit mit der Krankenkasse	92
4.4.1	Allgemeine Zufriedenheit	92
4.4.2	Empfehlungsbereitschaft	95
4.4.3	Zufriedenheit im Schadenfall	97
4.4.4	Wiederkauf	97
4.4.5	Interpretation	98
4.5	Prämienverbilligung	100
4.5.1	Bekanntheit	100
4.5.2	Kontakte von Seiten des Staates	101
4.5.3	Eigene Aktivitäten	103
4.5.4	Erhalt von Prämienverbilligung	105
4.5.5	Die Prämienverbilligung in der Übersicht	107
4.5.6	Interpretation	109
4.6	Wechselverhalten	110
4.6.1	Wechsel der Grundversicherung	110
4.6.2	Gründe und Potenziale für Kassenwechsel	118
4.6.3	Veränderungen in der Grundversicherung	119
4.6.4	Veränderungen bei den Zusatzversicherungen	122
4.6.5	Interpretation	129
5	Folgerungen	131
6	Empfehlungen	135

1 Ausgangslage

1.1 Das Krankenversicherungsgesetz von 1996

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG), das auf den 1.1.1996 in Kraft getreten ist und das KUVG ablöste, verfolgt drei Hauptziele:

- Die Stärkung der Solidarität zwischen den Versicherten trotz unterschiedlicher Krankheitsrisiken und Einkommen.
- Die Sicherstellung einer hochstehenden, finanziell tragbaren medizinischen Versorgung.
- Die massvolle Kostenentwicklung mittels kostendämpfender Wettbewerbsmechanismen in einem definierten ordnungspolitischen Rahmen.

Im weiteren wurde die Ausgangslage der Evolution in der Projektausschreibung des BSV wie folgt beschrieben:

"Mit dem KVG sind den Akteur(gruppen) im Gesundheitswesen innerhalb eines ordnungspolitischen Rahmens Anreize geschaffen und Instrumente bereitgestellt worden, die wirtschaftliches Handeln ermöglichen und erfordern. Dabei wird davon ausgegangen, dass eine Ausschöpfung des Handlungsspielraums dämpfende Wirkung auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen entfaltet. Im Vorfeld der Einführung des Gesetzes wurden fundamental divergierende Optionen zur entsprechenden Zieloperationalisierung vertreten. Die eine sah in der "Liberalisierung" des Systems und der kostendämpfenden Wirkung eines stärkeren Wettbewerbs das grösste Zielerreichungspotenzial; die andere sah dieses eher in der Einführung umfassender "interventionistischer" Massnahmen (Botschaft, S. 32). Das konsensfähige Verhandlungsergebnis resultierte im KVG, indem regulative Elemente in den Rahmenbedingungen und wirtschaftliche Elemente durch das bereitgestellte Instrumentarium festgehalten wurden."

Auf der Ebene der Versicherten ging es also mit dem KVG darum, einen Versicherungsmarkt mit neuen Handlungsspielräumen zu schaffen, der – so die Annahme – durch kostenoptimierendes Verhalten der Versicherungsnachfragenden, trotz obligatorischer Grundversicherung, kostendämpfende Wirkung haben sollte. Wechselverhalten in der Grundversicherung wurde als wichtiger Indikator für dieses wirtschaftliche Handeln gesehen.

Die **Neuerungen** des KVG lassen sich wie folgt kurz beschreiben:

- **Versicherungspflicht, vereinheitlichte Prämien und Freizügigkeit:**
Nach dem alten Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (KUVG) war der Abschluss einer Krankenversicherung auf Bundesebene freiwillig, in einzelnen Kantonen bestanden Obligatorien. Formal konnte der Versicherer frei gewählt werden; ein Wechsel war jedoch für ältere Versicherte und Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand praktisch ausgeschlossen, da die Prämien von den Versicherern nach Eintrittsalter, Geschlecht und Region festgelegt wurden, und bezüglich des Gesundheitszustandes Vorbehalte gemacht werden konnten.

Basis des KVG sind das neu festgelegte Versicherungspflicht und die volle Freizügigkeit für alle Versicherten. Die Freizügigkeit ist gewährleistet durch vereinheitlichte Prämien, d.h. die Prämienhöhe ist unabhängig von Alter und Geschlecht, und dadurch, dass in der Grundversicherung keine Vorbehalte mehr gemacht werden können.

- **Umfassende Grundversicherung mit einem einheitlichen Leistungskatalog:**
Beim KUVG variierten die Leistungen in der Grundversicherung wie auch in der Zusatzversicherung zwischen den Versicherern. Das KVG bietet neu eine umfassende Grundsicherung nach einem einheitlichen Leistungskatalog. Damit schliesst das KVG in der Grundversicherung Lücken, die im KUVG je nach Versicherer über Zusatzversicherungen gedeckt werden mussten.
- **Individuelle Prämienverbilligung:**
Die Leistungsverbesserungen führen zwar zu einer generellen Prämienhöhung. Im KUVG wurden die Beiträge von Bund und Kantonen zur Abgeltung von Auflagen an die Versicherer für generelle Prämienenkungen ausgerichtet. Nach dem KVG sollen diese von den Kantonen gezielt, d.h. abhängig von der individuellen wirtschaftlichen Situation der Versicherten, eingesetzt werden.
- **Zusatzversicherungen:**
Gewisse Leistungen, die früher über die Zusatzversicherungen gedeckt wurden, sind in den Leistungskatalog der Grundversicherung aufgenommen worden. Deshalb mussten die Versicherer das Angebot in den Zusatzversicherungen neu definieren. Dabei sind sie dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) unterstellt und entsprechend dem Wettbewerbsmarkt ausgesetzt (freie Ausgestaltung der Produkte, betriebswirtschaftliche Kalkulation risikogerechter Prämien).
- **Kostenentwicklung/-dämpfung, Markt:**
Das KVG strebt mittels kostendämpfender Wettbewerbsmechanismen an, die Kostenentwicklung in den Griff zu bekommen. Zu diesen Mechanismen zählen

beispielsweise die Freizügigkeit, die jährliche Kündigungsmöglichkeit, die Informationspflicht der Kassen und die Veröffentlichung der Prämien durch das BSV selber. Dieser Punkt ist deshalb auch bedeutsam, weil der Wechsel zum KVG zu einem erwarteten Kostenschub bei den Prämien führte.

1.2 Zielsetzung der Evaluation

Die Zielsetzung der Evaluation ergibt sich aus Art. 32 KVG, wonach der "Einfluss des Gesetzes auf die Situation und das Verhalten der Versicherten" untersucht werden soll.

Im Zentrum der Evaluation stehen deshalb die Auswirkungen des KVG auf die Versicherten in den folgenden Bereichen:

- Prämien, Freizügigkeit
- Grundversicherung
- Zusatzversicherungen
- Kostenentwicklung und -dämpfung
- Information

Dabei waren neben der Erfassung der aktuellen Situation, die Information, die Beurteilungs- und Entscheidungskriterien, das Verhalten und die Zufriedenheit zu untersuchen.

1.2.1 Forschungsstrategie für die Evaluation

Bei der vorliegenden Evaluation ist eine Analyse und Beurteilung der Auswirkungen gefordert, es handelt sich um eine sog. **summative Evaluation**. Eine solche ist eigentlich auf eine vergleichende Evaluationsstrategie angewiesen. Nun liegen aber keine Daten zur Situation vor Einführung des KVG am 1.1.1996 vor, also aus der Zeit des KUVG. Deshalb muss der Vergleichszustand gleichsam rekonstruiert werden. Dies geschieht, indem nach Veränderungen seit 1.1.1996 gefragt wird, beispielsweise nach der Wahrnehmung von Veränderungen oder Änderungen im Verhalten. Den Verhaltensänderungen, oder anders gesagt: dem Wechselverhalten, kommt angesichts der beschriebenen Zielsetzung grosse Bedeutung zu.

1.2.2 Kriterien der Beurteilung

Bei der Einführung des KVG ging es, wie bereits erwähnt, um die Schaffung eines Versicherungsmarktes mit neuen Handlungsspielräumen für die Versicherten. Somit sind Veränderungen im Verhalten der Versicherten, insbesondere konkretes Wechselverhalten, ein wichtiger Hinweis auf marktliches Verhalten der Versicherten und deshalb für die Evaluation bedeutsam.

Bei der Einführung des KVG wurden allerdings keine **Zielwerte** bezüglich der interessierenden Veränderungen oder angestrebten Veränderungen, wie beispielsweise dem Ausmass des Wechsels zwischen den Krankenkassen oder der Veränderungen in den Versicherungstypen festgelegt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Evaluation können also nicht direkt mit Zielwerten verglichen werden. Somit ist beispielsweise die Beantwortung folgender Fragen eine Frage des Ermessens:

- Welche Häufigkeit des Kassenwechsels kann als Ausdruck eines verstärkten marktorientierten Verhaltens der Haushalte beurteilt werden?
- Innerhalb welcher Fristen können Veränderungen im Wissen und im Verhalten erwartet werden?
- Wann kann somit von einem Erfolg gesprochen und wann muss von einem Misserfolg gesprochen werden?

Um diesem Sachverhalt Rechnung zu tragen, sind deshalb im vorliegenden Bericht die Ergebnisse vorerst einmal detailliert dargestellt und abschnittsweise zusammengefasst. Die Interpretationen und Beurteilungen des Evaluators sind von der Ergebnisdarstellung klar abgegrenzt und als solche gekennzeichnet. Schlussfolgerungen und Bilanz sowie Empfehlungen sind von der Interpretation abgeleitet und geben deshalb auch den Standpunkt des Evaluators wieder.

2 Methodologie

Die Studie beruht auf zwei repräsentativen Befragungen von Versicherten, die miteinander verknüpft waren:

- Bevölkerungsbefragung
- Haushaltsbefragung

2.1 Bevölkerungsbefragung

Die Grundgesamtheit der Bevölkerungsbefragung bestand in der sprachassimilierten (bezogen auf die jeweilige Sprachregion) Wohnbevölkerung ab 18 Jahren. Die Stichprobe wurde in einem zweistufigen Verfahren gezogen:

- Zufallsstichprobe von Privathaushalten aus ZADR, der zentralen Adresdatenbank der IHA.GfM, die eine Abdeckung ca. 98-100% hat.
- Zufallsstichprobe innerhalb des Haushaltes aufgrund einer Zufallszahl.

Vor der ersten Kontaktnahme wurde allen Haushalten ein Ankündigungsbrief des Bundesamtes für Sozialversicherung zugestellt, in dem das Ziel der Studie dargestellt und zur Teilnahme aufgefordert wurde (vgl. Anhang).

Die Befragung wurde telefonisch von einem CATI-Center¹ aus in der Zeit vom 29. Mai bis zum 10. Juli 2000 durchgeführt. Das Interview dauerte im Durchschnitt 4-5 Minuten.

Insgesamt wurden 2036 Personen befragt, davon in der Deutschschweiz 1384 Personen, in der Westschweiz 408 und im Tessin 244 Personen befragt. Die Stichprobe war im Hinblick auf spätere regionale Analysen also disproportional angelegt und wurde für gesamtschweizerische Analysen entsprechend gewichtet.

Die Ausschöpfung netto betrug 56% und kann als recht gut bezeichnet werden, sie war in allen drei Sprachregionen gleich gross (vgl. Seite 8).

¹ CATI = Computer Assisted Telephone Interview

Die Ergebnisse sind für die Schweizerische Wohnbevölkerung repräsentativ. Aufgrund der statistischen Gegebenheiten ist bei einer statistischen Sicherheit von 95% mit einer Bandbreite von max. +/- 2.2% zu rechnen.

Die Daten wurden in Bezug auf 3 Aspekte gewichtet:

- nach der Auswahlwahrscheinlichkeit einer Person innerhalb eines Haushaltes zum Ausgleich der unterschiedlichen Ziehwahrscheinlichkeiten aufgrund der Haushaltgrösse
- nach der Auswahlwahrscheinlichkeit eines Haushaltes in der jeweiligen Sprachregion, um die disproportional gezogene Stichprobe im Hinblick auf gesamtschweizerische Analysen auszugleichen
- nach der Haushaltgrösse zum Ausgleich der Untervertretung der Ein-Personenhaushalte in der realisierten Stichprobe.²

In den Tabellen werden dementsprechend ausgewiesen: total 2036 Befragte, davon 1443 Befragte in der deutschen Schweiz, 506 in der französischen Schweiz und 88 in der italienischen Schweiz.

In der kurzen Bevölkerungsbefragung wurden der zufällig ausgewählten Person (=Zufallspersonen) Fragen zu folgenden Themen gestellt, die aus ihrer persönlichen Sicht zu beantworten waren:

- Wahrnehmung von Veränderungen seit Beginn 1996
- Beurteilung der subjektiven Informiertheit
- Beurteilung der heutigen Regelung der Krankenversicherung und allgemeine Zufriedenheit damit
- Kenntnis und Beurteilung des Leistungskataloges der Grundversicherung

2.2 Haushaltsbefragung

Die Grundgesamtheit der Haushaltsbefragung bestand in der Gesamtheit der sprachassimilierten (bezogen auf die jeweilige Sprachregion) Haushalte.

² Erfahrungsgemäss sind Ein-Personen-Haushalte in der Bevölkerungsstichproben untervertreten: Zum einen handelt es sich dabei um die jungen mobilen und deshalb schwer erreichbaren Personen, zum anderen um ältere Personen, die sich überfordert fühlen.

Die Stichprobe der Haushalte ist identisch mit der Zufallsstichprobe der Privathaushalten der Bevölkerungsbefragung. Zielperson innerhalb des Haushaltes war die Person, die sich als "für die Krankenversicherung zuständige Person" bezeichnete.

Die telefonische Befragung der Haushalte wurde zeitgleich zur Bevölkerungsbefragung in der Zeit vom 29. Mai bis zum 10. Juli 2000 durchgeführt. Das Interview dauerte im Durchschnitt 20-30 Minuten, je nach Haushaltgrösse.

Insgesamt wurden 2152 Haushalte befragt, davon in der Deutschschweiz 1443 Haushalte, in der Westschweiz 450 und im Tessin 259 Haushalte. Die Stichprobe war im Hinblick auf spätere regionale Analysen also disproportional angelegt und wurde für gesamtschweizerische Analysen entsprechend gewichtet.

Die Ausschöpfung netto betrug 60% und kann als gut bezeichnet werden, Unterschiede nach Sprachregionen sind nicht vorhanden:

Die Ergebnisse sind für die Gesamtheit der schweizerischen Haushalte repräsentativ. Aufgrund der statistischen Gegebenheiten ist bei einer statistischen Sicherheit von 95% mit einer Bandbreite von max. +/- 2.1% zu rechnen.

Die Daten wurden in Bezug auf 2 Aspekte gewichtet:

- nach der Auswahlwahrscheinlichkeit eines Haushaltes in der jeweiligen Sprachregion, um die disproportional gezogene Stichprobe im Hinblick auf gesamtschweizerische Analysen auszugleichen
- Zum Ausgleich der Untervertretung der Ein-Personenhaushalte in der realisierten Stichprobe

In den Tabellen werden dementsprechend ausgewiesen: total 2152 Befragte, davon 1553 Befragte in der deutschen, 499 in der französischen und 100 in der italienischen Schweiz.

In der umfangreichen Haushaltsbefragung wurden der für Krankenversicherung Zuständigen Person Fragen zu folgenden Themen gestellt, die entweder aus der persönlichen oder aus der Sicht des Haushaltes bzw. für alle Haushaltsmitglieder zu beantworten waren:

- Versicherungssituation des Haushaltes in der Grundversicherung
- Kenntnis und Vorhandensein verschiedener Versicherungsformen in der Grundversicherung
- Informationsquellen
- objektiver Informationsstand

- Beurteilung der Informationen der Krankenkassen
- Zufriedenheit mit der Krankenkasse bezüglich Grundversicherung
- Beurteilung der Prämienentwicklung und Prämienbelastung
- Wechselverhalten in der Grundversicherung bezogen auf Kassen und Policenveränderungen
- Kenntnis und Zugang zu Prämienverbilligung
- Versicherungssituation und Wechselverhalten bei Zusatzversicherungen

Darstellung 1: Ausschöpfung

	Bevölkerungs- befragung	Haushalts- befragung
Versand	6131	6131
– Retouren (verstorben, verreist, Adresse unbekannt)	97	97
– erfolglose Kontaktversuche	1527	1527
– Modem, Fax	165	165
– Telefonnummer ungültig	73	73
Kontaktierte Haushalte	4269	4269
– ausserhalb Grundgesamtheit, da nicht sprachassimiliert	301	268
– Haushalt nur kontaktiert für Interview mit Zufallsperson		109
Bruttostichprobe	3968	3892
Stichprobenneutrale Ausfälle	337	292
– zu alt/chronisch krank	252	228
– behindert	18	15
– längerer Auslandsaufenthalt	67	49
Nettostichprobe	3631	3600
Verweigerungen	1595	1448
– kein Interesse/keine Zeit	909	844
– gegen telefonische Befragungen	138	127
– grundsätzlich gegen Befragungen	91	85
– weiss zu wenig Bescheid	128	92
– familiäre Gründe	77	63
– andere Gründe	241	226
– keine Antwort	11	11
Realisierte Interviews	2036	2152
Ausschöpfung netto	56%	60%
Ausschöpfung brutto	51%	55%

Ebenso wurden den Zuständigen Personen aus methodischen Gründen die gleichen Fragen gestellt wie den Zufallspersonen der Bevölkerungsbefragung, wodurch sich interessante Vergleichsmöglichkeiten ergeben.

- Wahrnehmung von Veränderungen seit Beginn 1996
- Beurteilung der subjektiven Informiertheit
- Beurteilung der heutigen Regelung der Krankenversicherung und allgemeine Zufriedenheit damit
- Kenntnis und Beurteilung des Leistungskataloges der Grundversicherung

2.3 Verknüpfung der beiden Befragungen

Für das Verständnis der Studie ist es wichtig, kurz auf die konkrete Verknüpfung der beiden Befragungen und damit auf Kontaktnahme der Haushalte einzugehen:

- In einem ersten Schritt wurde im kontaktierten Haushalt die Namen der Personen entsprechend in der Reihenfolge ihres Alter notiert.
- In einem zweiten Schritt wurde dann mit einer Zufallszahl unter den Personen über 18 Jahren eine Person zufällig ausgewählt (=Zufallsperson).
- In einem dritten Schritt wurde gefragt, welche der Personen über 18 Jahren sich um die Krankenkasse kümmert (=Zuständige Person).

Je nachdem, ob die Kontaktperson als Zufallsperson ausgewählt wurde oder sich als Zuständige Person erwies, wurde das entsprechende Fragebogenmodul bearbeitet und nachher das Interview mit der anderen Person weitergeführt oder im Falle von deren Abwesenheit ein Termin für einen Zweitanruf vereinbart. In dem Falle, wo die Kontaktperson weder Zufallsperson noch Zuständige Person war, wurde ein Termin vereinbart und später nochmals angerufen.

2.4 Auswertung

Die Auswertung der Daten beruht im wesentlichen auf Frequenzauszählungen, Mittelwerten und Kreuztabellen und erfolgte mit den Auswertungsprogrammen QUANTUM und SPSS. Zusätzlich wurden multivariate Verfahren eingesetzt, um Zusammenhänge abzuklären.

Bei der Darstellung der Häufigkeiten wird immer prozentuiert auf das Total aller Befragten, d.h. "weiss nicht" und "keine Angabe" sind immer miteingeschlossen und werden in den

Darstellungen ausgewiesen. Bedeutsame Anteile dieser beiden Kategorien, d.h. Anteile von mehr als 10% werden erwähnt. Aufgrund der systematischen 5er-Rundung können Differenzen zum Total von 100% entstehen.

Abweichende Werte einer Subgruppe von der Gesamtstichprobe bzw. Unterschiede zwischen Subgruppen werden nur dargestellt, wenn sie statistisch signifikant sind (CHI- oder t-Test oder ANOVA auf dem üblichen Signifikanzniveau von 95%). Nur in einzelnen Fällen werden nicht-signifikante Zusammenhänge dargestellt und als "tendenziell" bezeichnet.

Bei der **Bevölkerungsbefragung** werden **Unter- oder Subgruppen** nach Personen- und nach Haushaltmerkmalen unterschieden:

Darstellung 2: Definition der Subgruppen bei der Bevölkerungsbefragung

Variable	Subgruppen	Beschrieb
Sprachregion	deutsche Schweiz französische Schweiz italienische Schweiz	definiert gemäss Bundesamt für Statistik
Siedlungstyp	Stadt Land	Gemeinden mit mehr als 10'000 Einwohnern/innen und Gemeinden in Agglomerationen ³ übrige Gemeinden
Haushalteinkommen	unter Fr. 3'000.- Fr. 3'000- 5'000 über Fr. 5'000	Haushalteinkommen standardisiert als Äquivalenzeinkommen gemäss SKOS ⁴
Haushaltgrösse	1-Personen-Haushalt 2-Personen-Haushalt 3-Personen-Haushalt 4-Personen-Haushalt od. grösser	
Geschlecht	Mann Frau	

³ Agglomerationen, die ihrerseits mehr als 10'000 Personen umfassen.

⁴ Beim Äquivalenzeinkommen wird die Personenzahl eines Haushalts nach einem von der Schweizerischen Konferenz der öffentlichen Sozialdienste SKOS festgelegten Schlüssel berücksichtigt.

Variable	Subgruppen	Beschrieb
Bildungsstand	Obligatorische Schule	Primar-, Real-, Sekundar- und Bezirksschule
	Sekundärstufe	Berufsschule, Maturitätsschule, Lehrerseminar, DMS, andere allgemeinbildende Schule
	Tertiärstufe	höhere Berufsausbildung, Universität
Erwerbstätigkeit	ja	gegen Entlohnung mind. 1 Stunde pro Woche arbeitend
	nein	nicht gegen Entlohnung arbeitend
Zuständigkeit für Krankenkasse	ja nein	Antwort auf die Frage: "Kümmern Sie sich in Ihrem Haushalt um die Krankenkasse?"
Gesundheitszustand	sehr gut / gut mittelmässig / schlecht	Antwort auf die Frage: "Wie geht es Ihnen zur Zeit gesundheitlich?"
Gesundheitskosten	Geringe Kosten	Keine Arzt- oder Spitalkosten im Haushalt von mehr als Fr. 3'000 in den letzten 4 Jahren
	Grosse Kosten	mind. einmal solche Kosten
Prämienbelastung	günstig angemessen hoch	subjektive Einschätzung auf einer 5stufigen Skala (Prämien für die Grundversicherung des ganzen Haushalts)
Kantonales Prämienniveau	tief mittel hoch	Aufteilung der vom BSV ausgewiesenen kantonalen Durchschnittsprämien in drei gleich grosse Gruppen

Bei der **Haushaltsbefragung** werden folgende **Subgruppen** unterschieden nach Personen- und nach Haushaltmerkmalen unterschieden:

Darstellung 3: Definition der Subgruppen der Haushaltsbefragung

Variable	Subgruppen	Beschrieb
Sprachregion	deutsche Schweiz französische Schweiz italienische Schweiz	definiert gemäss Bundesamt für Statistik
Siedlungstyp	Stadt Land	Gemeinden mit mehr als 10'000 Einwohnern/innen und Gemeinden in Agglomerationen übrige Gemeinden
Haushalteinkommen	unter Fr. 3'000.- Fr. 3'000- 5'000 über Fr. 5'000	Haushalteinkommen standardisiert als Äquivalenzeinkommen gemäss SKOS
Haushalttyp	1-Personen-Haushalt 2-Personen-Haushalt 3-Personen-Haushalt 4-Personen-Haushalt od. grösser	
Alter der Zuständigen Person ⁵	bis 34 Jahre 35-54 Jahre 55 und mehr Jahre	
Gesundheitskosten	Geringe Kosten Grosse Kosten	Keine Arzt- oder Spitalkosten im Haushalt von mehr als Fr. 3'000 in den letzten 4 Jahren mind. einmal solche Kosten
Prämienbelastung	gering angemessen gross	subjektive Einschätzung auf einer 5stufigen Skala (Prämien für die Grundversicherung des ganzen Haushalts)
Kantonales Prämienniveau	tief mittel hoch	Aufteilung der vom BSV ausgewiesenen kantonalen Durchschnittsprämien in drei gleich grosse Gruppen

⁵ Das Alter der Zuständigen Person wird als Hilfsgrösse verwendet, da ein Haushalt an sich kein Alter hat.

2.5 Beschreibung der Stichprobe der Bevölkerungsbefragung

Die gewichtete Stichprobe der Bevölkerung wurde in bezug auf einige Merkmale auf ihre Übereinstimmung mit der Grundgesamtheit überprüft. Für den Vergleich mit Zahlen des Bundesamtes für Statistik⁶ wurden folgende Merkmale benutzt. Die beiden letzten sind zwar Haushaltmerkmale, können aber dennoch zur Charakterisierung der Personen verwendet werden:

- Alter
- Geschlecht
- Nationalität
- Bildungsstand
- Erwerbstätigkeit, Art und Umfang
- Haushalteinkommen
- Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes

Nicht in Frage kommen die GewichtungsvARIABLEN Sprachregion und Haushaltgrösse, wo definitionsgemäss die richtigen Verteilungen vorliegen.

Die Übersicht zeigt, dass in der Stichprobe der Zufallspersonen zwar teilweise Abweichungen in der Höhe einiger Prozentpunkte gegenüber der Grundgesamtheit vorkommen, dass insgesamt aber die Stichprobe als repräsentativ gelten kann:

- Frauen geringfügig übervertreten sind,
- die 18-29jährigen sowie die 60-69jährigen etwas untervertreten sind,
- Personen mit tiefem Bildungsstand etwas untervertreten, solche mit mittlerem leicht übervertreten sind,
- Erwerbstätige leicht untervertreten und unter diesen Teilzeitarbeitende etwas übervertreten sind,
- bei den Nichterwerbstätigen die Rentenbezüger/innen etwas übervertreten sind,
- Personen mit tiefen Haushalteinkommen leicht unter-, solche mit hohen dagegen etwas übervertreten sind,
- bezüglich der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes keine nennenswerten Abweichungen auftreten

⁶ Statistisches Jahrbuch, Gesundheitsbefragung 1996, Schweizerische Arbeitskräfteerhebung SAKE

Darstellung 4: Verteilung wichtiger Merkmale in Stichprobe und Grundgesamtheit

Verteilungen in %	Stichprobe KVG ⁷	Schweiz
Geschlecht		
Frau	54	51
Mann	46	49
Alter		
18 – 29	14	19
30 – 39	20	21
40 – 49	19	18
50 – 59	17	16
60 – 69	17	12
70 – 79	10	9
80 und mehr	4	6
Bildungsstand		
Obligatorische Schule	11	19
Sekundarstufe	64	58
Tertiärstufe	25	23
Erwerbstätigkeit		
ja	62	66
nein	38	34
Umfang der Erwerbstätigkeit		
angestellt 60 – 100%	70	74
angestellt bis 60% / gelegentlich erwerbstätig	20	13
selbständigerwerbend	9	10
Lehre	1	3

⁷ Aufgrund der 5er Rundung können sich in den Summen geringfügige Abweichungen von 100% ergeben.

Verteilungen in %	Stichprobe KVG ⁸	Schweiz
Art der Nichterwerbstätigkeit		
Hausfrau/Hausmann	24	24
in Ausbildung	7	14
Rentenbezug	63	55
anderes	5	7
Haushalteinkommen⁹		
unter Fr. 4'000	27	24
Fr. 4001 – 6'000	29	25
Fr. 6'001 – 8'000	20	19
Fr. 8'001 – 10'000	12	13
über Fr. 10'001	12	19
Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes		
sehr gut / gut	83	83
mittelmässig / schlecht / sehr schlecht	17	17
Vorhandensein eines Problems oder einer Krankheit, die schon länger als ein Jahr dauert		
kein psychisches oder körperliches Problem	80	83
körperliches Problem	14	13
psychisches Problem	3	2
körperliches und psychisches Problem	3	2

⁸ Aufgrund der 5er Rundung können sich in den Summen geringfügige Abweichungen von 100% ergeben.

⁹ Beachte: In der Befragung wurde das Netto-Einkommen erhoben, in der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung SAKE des Bundesamtes für Statistik hingegen das Bruttoeinkommen.

2.6 Beschreibung der Stichprobe der Haushaltsbefragung

Es gibt nur wenige Haushaltmerkmale, die zum Vergleich der Stichprobe mit der Grundgesamtheit verwendet werden können: Sprachregion, Haushaltgrösse und Haushalteinkommen.

Da die ersten beiden Merkmale zur Gewichtung verwendet wurden, entfallen sie für den Vergleich. Wie in Kap. 2.5 dargestellt sind Haushalte mit tiefen Einkommen leicht unter-, solche mit hohen dagegen etwas übervertreten. Ausgehend von den Befunden bei der Bevölkerungsbefragung kann im Sinne einer Annäherung gesagt werden, dass die Haushaltsstichprobe ebenfalls als repräsentativ gelten kann.

2.7 Hinweis zur Interpretation

Bei der Lektüre der nachfolgenden Ergebnisse und der Unterschiede nach Subgruppen ist zu berücksichtigen, dass es bestimmte allgemeine soziale Zusammenhänge gibt, die sich auch in unsern Daten zeigen.

So sind beispielsweise ältere Personen eher Rentenbezüger/innen und als solche weniger häufig erwerbstätig. Zudem wohnen sie häufiger alleine als andere Altersgruppen. In der Stadt sind eher kleinere Haushalte, auf dem Lande eher grössere anzutreffen. Hoher Bildungsstand und Erwerbstätigkeit gehen mit höherem Haushalteinkommen einher.

Besonders wichtig sind die generellen Zusammenhänge zum subjektiven **Gesundheitszustand**: Deutschschweizer/innen geben tendenziell bessere Gesundheit an als Romands/es und Tessiner/innen. Ältere Menschen fühlen sich eher bei schlechterer Gesundheit als jüngere.

Bildungsstand, Erwerbstätigkeit und Einkommen stehen, wie zu erwarten ist, in positivem Zusammenhang mit dem Gesundheitsempfinden.

Ebenfalls zu erwähnen sind die Zusammenhänge zu den **Gesundheitskosten**: Gut ein Drittel der befragten Haushalte hat in den letzten 4 Jahren ein- oder mehrmals Arzt- oder Spitalkosten von mehr als Fr. 3'000 pro Jahr gehabt: 23% einmal und 14% mehrmals.

- Die Anzahl der einmaligen "Schadenfälle" ist in der Romandie höher als in der übrigen Schweiz (28% gegenüber 22%), ebenfalls diejenige der mehrmaligen (18% gegenüber 13% in der deutschen bzw. 9% in der italienischen Schweiz).

- Einkommensschwächere und ältere Haushalte geben häufiger einen Schadenfall an als einkommensstarke und junge, was den bekannten Zusammenhängen von sozialer Lage bzw. Alter und Gesundheit entspricht.

3 Ergebnisse Bevölkerungsbefragung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der repräsentativen Bevölkerungsbefragung zum Krankenversicherungsgesetz (KVG) dargestellt und interpretiert. Neben den Ergebnissen für die gesamte Bevölkerungstichprobe interessieren die Resultate von spezifischen Untergruppen, die durch soziodemographische, regionale oder gesundheitsbezogene Merkmale definiert werden. Weiter werden Personen, die innerhalb ihres Haushaltes für die Krankenversicherung zuständig sind mit solchen verglichen, die nicht zuständig sind.

In einem ersten Kapitel (3.1) wird zunächst der Frage nachgegangen, ob die Versicherten seit der Einführung des KVG Veränderungen wahrgenommen haben (3.1.1) und wenn ja, welcher Art diese Veränderungen sind (3.1.2).

Dann wird im zweiten Kapitel (0) untersucht, wie gut sich die Versicherten über die Regelung der Krankenversicherung informiert fühlen (3.2.1), und dargestellt, wie die Befragten ihr Wissen über den Leistungskatalog der Grundversicherung beurteilen (3.2.2).

In einem dritten Kapitel (3.3) werden verschiedene Einstellungskomponenten in Bezug auf das KVG erläutert und mit Untergruppen-Merkmalen in Beziehung gesetzt.

Im vierten Kapitel (3.4) wird die allgemeine Zufriedenheit der Versicherten mit dem KVG untersucht.

In einem fünften Kapitel (3.5) wird die Einstellung der Versicherten zum Umfang des Leistungskataloges in der Grundversicherung dargestellt.

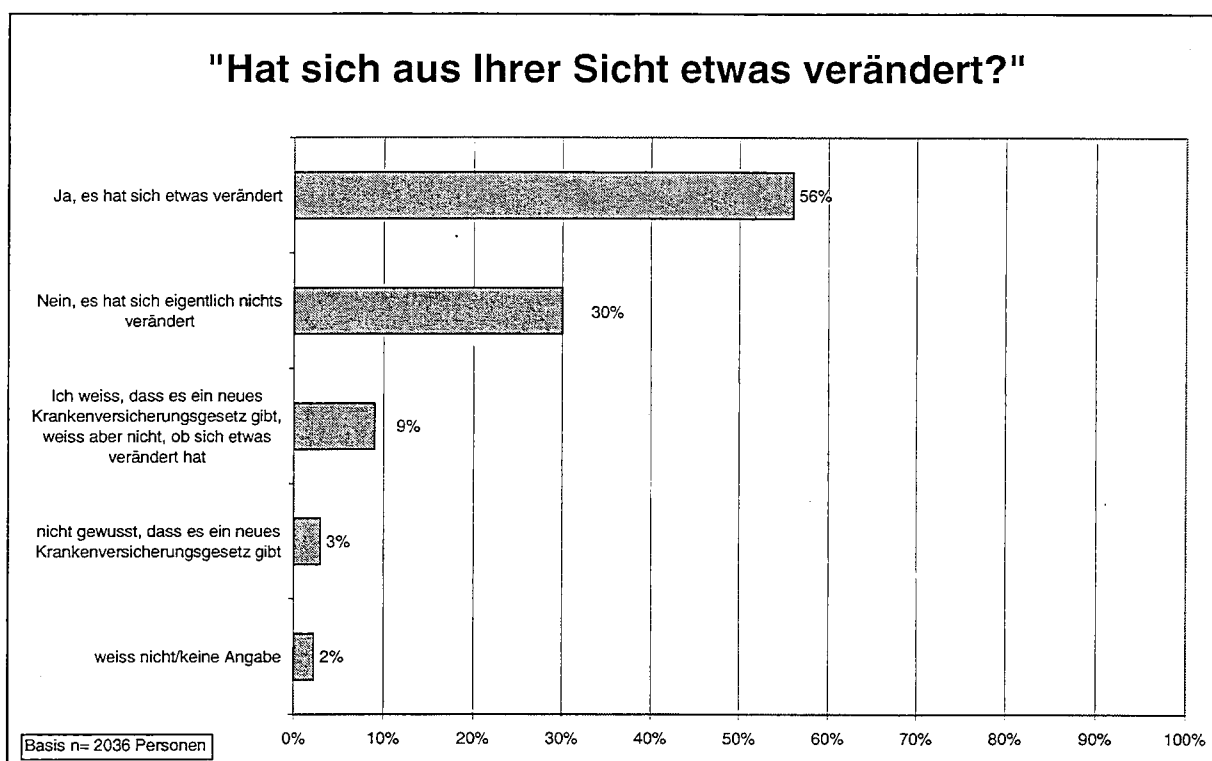
Am Ende der einzelnen Kapitel und Abschnitte werden jeweils die Ergebnisse kurz zusammengefasst. Eine zusammenfassende Betrachtung und Interpretation der Ergebnisse wird in Kapitel 3.6 vorgenommen.

3.1 Wahrnehmung von Veränderungen

3.1.1 Allgemeine Wahrnehmung von Veränderungen infolge des KVG

Von den 2036 zur Einführung des KVG befragten Personen ist über die Hälfte (56%) der Ansicht, es habe sich aus ihrer Sicht für die Versicherten etwas verändert. Knapp ein Drittel ist der Meinung, es habe sich nichts verändert (30%). 9% wussten zwar um die Einführung des KVG, konnten jedoch nicht angeben, ob sie sich ausgewirkt habe, und 3% waren über die Einführung des KVG gar nicht informiert:

Darstellung 5: Wahrnehmung von Veränderungen durch das KVG



Betrachtet man diese Ergebnisse nach Sprachregionen gesondert, so fällt auf, dass der Anteil Personen, welche keine Veränderung aufgrund des KVG wahrgenommen haben, in der Deutschschweiz höher ist als in der Westschweiz (33% gegenüber 22%). Der Anteil derjenigen Personen, die nichts von der Einführung des KVG wissen, ist in der Romandie und im Tessin besonders hoch (6 bzw. 7% gegenüber 1% in der Deutschschweiz).

Zwischen den Bewohnern/innen von Stadt und Land bestehen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der wahrgenommenen Veränderungen.

Personen mit hohem Haushalteinkommen (über Fr. 5'000/Mt.¹⁰) berichten besonders häufig über eine Veränderung aufgrund des KVG (64% gegenüber 56% in der Gesamtstichprobe), ebenso Befragte, die in einem Zwei-Personen-Haushalt wohnen (60%).

Das Geschlecht der Befragten spielt keine Rolle bei der Wahrnehmung von Veränderungen, jedoch der Bildungsstand: Besonders gut Ausgebildete (Tertiärstufe) haben häufiger als die Gesamtstichprobe Veränderungen erfasst (66%), Personen mit niedrigem Bildungsstand hingegen seltener (44%). Ebenso wissen letztere besonders häufig nicht um die Einführung des KVG (6%).

Nicht-Erwerbstätige geben überdurchschnittlich häufig an, es habe sich aus ihrer Sicht eine Veränderung ergeben (60% gegenüber 53% der Erwerbstätigen).

Personen, die innerhalb ihres Haushaltes für die Krankenversicherung zuständig¹¹ sind, nehmen häufiger Veränderungen wahr (59%) als Nicht-Zuständige Personen (49%), die andererseits häufiger keine Veränderung wahrnehmen (34% gegenüber 29%) oder nicht um die Einführung des KVG (5% gegenüber 2%) wissen.

Der subjektiv beurteilte Gesundheitszustand der Befragten sowie die in ihrem Haushalt angefallenen Gesundheitskosten stehen in keinem systematischen Zusammenhang mit der Wahrnehmung von Veränderungen aufgrund des KVG. Hingegen geben Personen, die ihre Prämienbelastung für die Grundversicherung als hoch empfinden, besonders häufig an, das KVG habe eine Veränderung gebracht (59% gegenüber 56% in der Gesamtstichprobe).

Eher Veränderungen nehmen auch Personen wahr, die sich als besser über das KVG informiert (vgl. Kap. 3.2.1) bezeichnen: Personen, die Veränderungen wahrnehmen, weisen auf der 10stufigen Skala der subjektiven Informiertheit einen Mittelwert von 5.6 aus, Personen, die keine Veränderungen wahrnehmen hingegen nur einen Mittelwert von 4.9.

¹⁰ Wie erwähnt handelt es sich dabei um das monatliche Äquivalenzeinkommen, das die Anzahl Personen berücksichtigt.

¹¹ Diese Gruppe ist nur teilweise identisch mit der Gruppe der in der Haushaltsbefragung befragten Zuständigen Person, da zur zweiten Gruppe auch Zuständige Personen gehören, die nicht als Zufallspersonen ausgewählt wurden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass am ehesten jene Personen eine Veränderung aufgrund des KVG wahrgenommen haben, welche

- einen hohen Bildungsstand aufweisen
- ein überdurchschnittlich hohes Haushalteinkommen haben (über Fr. 5'000/Mt.)
- nicht erwerbstätig sind
- in einem Zwei-Personen-Haushalt leben
- die innerhalb des Haushaltes für die Krankenversicherung zuständig sind oder
- die ihre Prämienbelastung als hoch einschätzen

Keine Veränderung nehmen besonders häufig wahr:

- Deutschschweizer/innen
- für die Krankenversicherung Nicht-Zuständige Personen sowie
- Versicherte, die ihre Prämienbelastung als angemessen empfinden

Nicht-Informiertheit über die Einführung KVG ist besonders häufig:

- in der Romandie und im Tessin
- bei den für die Krankenversicherung Nicht-Zuständigen sowie
- bei Personen mit niedrigem Bildungsstand

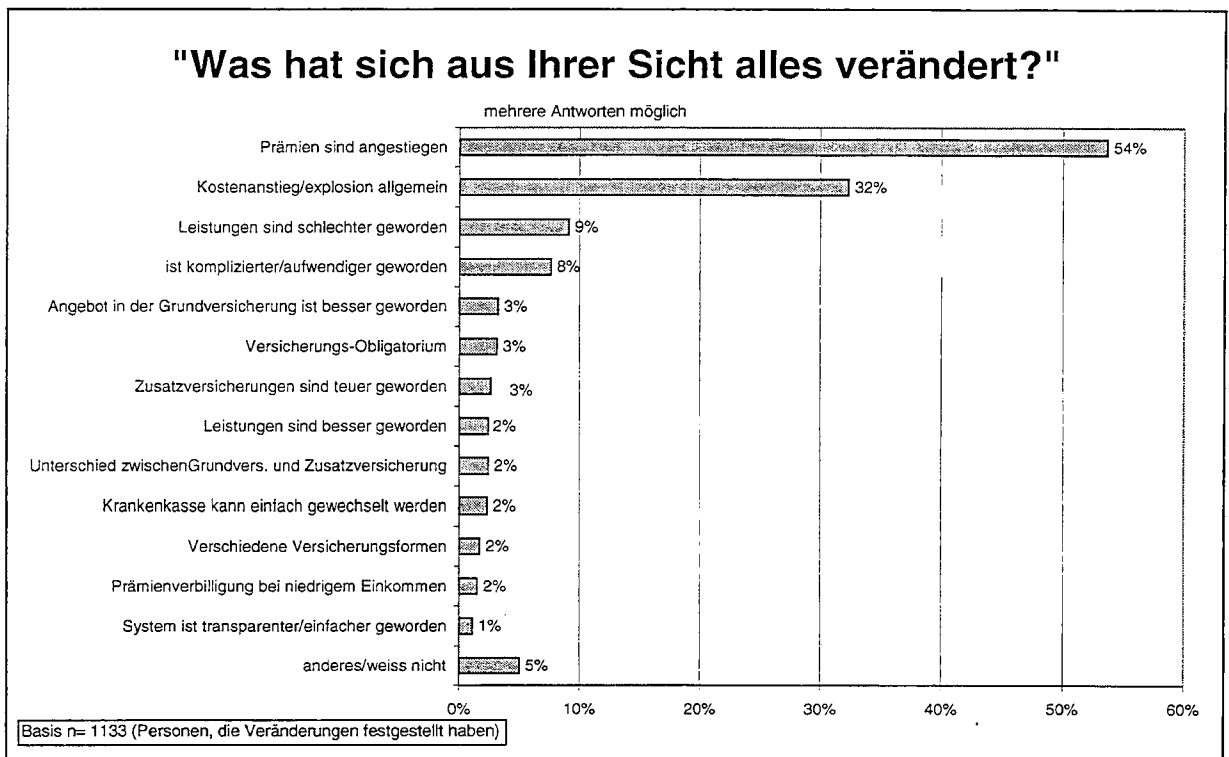
3.1.2 Wahrgenommene Veränderungen infolge des KVG

Wer der Meinung war, durch das KVG habe sich etwas für die Versicherten verändert, wurde gebeten, diese wahrgenommenen Veränderungen aufzuzählen. Mehrfachnennungen waren möglich, kamen jedoch kaum vor: Im Durchschnitt wurden nur 1.2 Veränderungen genannt.

Am häufigsten wird ein Prämienanstieg in der Grundversicherung als Konsequenz des KVG genannt (54%). Besonders häufig dieser Meinung sind Deutschschweizer/innen (62%), besonders selten hingegen Romands/es (31%) sowie Personen mit hohem Bildungsstand (45%). Alle sonstigen Subgruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Nennung des Prämienanstiegs nicht von der Gesamtgruppe.

Rund ein Drittel der Befragten (32%) spricht von einem allgemeinen Kostenanstieg im Gesundheitswesen als Folge des KVG. Befragte aus der Romandie nennen diese Veränderung viel häufiger (64%) als Deutschschweizer/innen (22%) und Tessiner/innen (23%). Personen mit subjektiv hoher Prämienbelastung betonen den allgemeinen Kostenanstieg häufiger (39%) als anderen Befragten.

Darstellung 6: Veränderungen durch das KVG



Prämienanstieg in der Grundversicherung sowie allgemeine Kostenexplosion im Gesundheitswesen sind also die mit Abstand am häufigsten genannten Folgen des KVG. Diese Einschätzung hängt insbesondere mit der Sprachregion zusammen, wobei Deutschschweizer/innen den Prämienanstieg in der Grundversicherung betonten, Westschweizer/innen hingegen den allgemeinen Kostenanstieg im Gesundheitswesen.

An dritter Stelle, aber nur noch von 9% wird genannt, dass die Leistungen schlechter geworden seien. Es zeigen sich keine Unterschiede nach Subgruppen.

7% der Befragten sind der Meinung, die Krankenversicherung sei für die Versicherten komplizierter oder aufwändiger geworden. Unter den Personen mit hohem Bildungsstand ist diese Ansicht besonders häufig vertreten (14%) gegenüber den Personen mit niedrigem Bildungsstand (1%).

Die folgenden Veränderungen sind nur noch 3% und weniger der Befragten spontan geäußert worden:

- Angebot in der Grundversicherung ist besser geworden
- Versicherungs-Obligatorium
- Zusatzversicherungen sind teurer geworden

- Unterscheidung zwischen Grund- und Zusatzversicherung
- Freizügigkeit beim Wechsel
- Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Versicherungsformen (wählbare Franchise, HMO- oder Hausarztmodell etc.)
- Anspruch auf Prämienverbilligung für Personen oder Familien mit niedrigem Einkommen
- Krankenversicherungs-System ist transparenter oder einfacher geworden

Der Gesundheitszustand der befragten Personen hängt mit der Wahrnehmung des allgemeinen Kostenanstiegs als Folge des KVG zusammen: Personen mit eher schlechtem Gesundheitszustand¹² betonen den allgemeinen Kostenanstieg häufiger als die Befragten mit guter Gesundheit (39% gegenüber 31%). Mit den weiteren, spontan genannten Veränderungen steht der Gesundheitszustand der Befragten jedoch in keinem systematischen Zusammenhang.

Die effektiv angefallenen Gesundheitskosten des Haushaltes stehen nicht mit den beiden am häufigsten genannten Folgen des KVG, nämlich dem Prämienanstieg in der Grundversicherung und der allgemeinen Kostenexplosion im Gesundheitswesen in Beziehung.

Hingegen ist die Meinung, die Krankenversicherung sei für die Versicherten komplizierter oder aufwändiger geworden, unter den Haushalten mit grossen Gesundheitskosten häufiger vertreten als bei Haushalten mit geringen Kosten (11% gegenüber 6%).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass von den Befragten spontan und ungestützt wenig Auswirkungen der KVG-Einführung genannt wurden, die aktive Erinnerung oder das aktive Wissen ist als gering zu bezeichnen. Bedeutsamer ist, dass wahrgenommene Veränderungen vor allem negativer Art sind: Prämienanstieg in der Grundversicherung und allgemeine Kostenexplosion im Gesundheitswesen werden am häufigsten mit der Gesetzesrevision in Verbindung gebracht.

Diese Einschätzung hängt insbesondere mit der Sprachregion zusammen, wobei Deutschschweizer/innen den Prämienanstieg betonen, Westschweizer/innen hingegen den allgemeinen Kostenanstieg. Das Haushaltseinkommen oder die effektiven Gesundheitskosten des Haushaltes hängen nicht mit dieser Wahrnehmung zusammen. Weiter werden von einer

¹² Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes als ‚mittelmässig‘, ‚schlecht‘ oder ‚sehr schlecht‘.

Minderheit der Befragten die Leistungen für die Versicherten als verschlechtert wahrgenommen sowie die Krankenversicherung allgemein als komplizierter.¹³

Neben dieser kritischen Beurteilung des KVG werden jedoch von einer kleinen Minderheit der Befragten auch positive Aspekte genannt wie eine Verbesserung der Leistungen, mehr Flexibilität beim Krankenkassenwechsel und der Wahl der Versicherungsform sowie sozial abfedernde Massnahmen (Prämienverbilligungen).

Nicht explizit genannt wurden die Festlegung eines verbindlichen Leistungskatalogs in der Grundversicherung (Art. 24-34 KVG) sowie die Einführung einer alters- und geschlechtsunabhängigen Einheitsprämie (Art. 61 KVG).

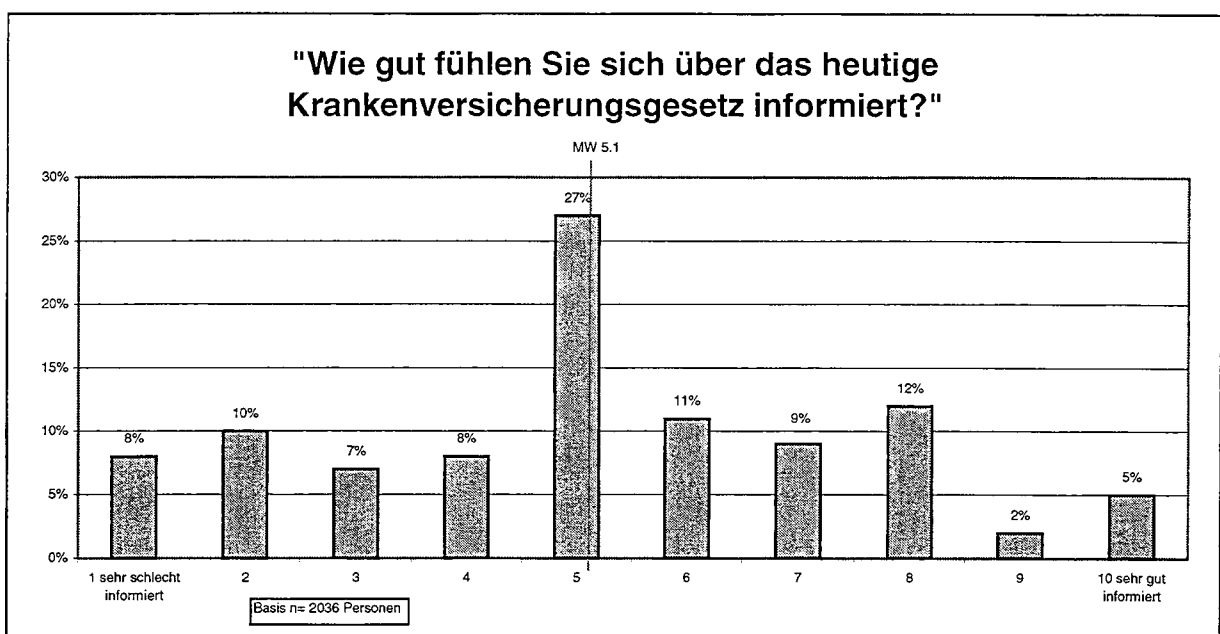
¹³ vgl. dazu Kap. 3.6 Interpretation

3.2 Informiertheit¹⁴

3.2.1 Subjektive Einschätzung der Informiertheit

Die befragten Personen wurden nun gebeten, auf einer Skala von 1 bis 10¹⁵ anzugeben, wie gut sie sich allgemein über das heutige KVG informiert fühlen.

Darstellung 7: Subjektive Informiertheit über das KVG



Der Mittelwert dieser subjektiven Einschätzung beträgt 5.1 bei einer Standardabweichung von 2.4 Punkten. Knapp ein Fünftel der Befragten (19%) geben 8 oder mehr Punkte an, fühlen sich demnach gut bis sehr gut über das KVG informiert. Über die Hälfte (54%) bewertet ihre Informiertheit mit 4 bis 7 Punkten, was einem mittleren Informationsgrad entspricht. Ein Viertel der befragten Personen (25%) fühlt sich mangelhaft bis sehr schlecht informiert (1 bis 3 Punkte).

Um den gleichsam objektiven Informationsbedarf bestimmter Subgruppen genauer zu eruieren, werden die gemachten Angaben im Folgenden mit soziodemographischen

¹⁴ Zu Fragen der Information ist eine separate Evaluationsstudie in Bearbeitung: Prognos AG, Information der Versicherten nach der Einführung des KVG (erscheint 2001)

¹⁵ 1 = ‚sehr schlecht informiert‘, 10 = ‚sehr gut informiert‘

Merkmale, der Zuständigkeit der Person für die Krankenversicherung des Haushaltes sowie mit dem Gesundheitszustand der Versicherten in Beziehung gesetzt.

Betrachtet man die Ergebnisse nach Sprachregionen gesondert, so liegt insgesamt gesehen der Mittelwert nur im Tessin etwas tiefer (4.7 gegenüber 5.1). Allerdings ist der Anteil der sich sehr schlecht informiert fühlenden Personen (1 Punkt) in der Romandie und im Tessin besonders hoch (12% bzw. 15% gegenüber 7% in der Deutschschweiz). Dies entspricht dem höheren Anteil der Personen, die keine Veränderungen wahrgenommen haben (vgl. 3.1.1). Es existieren demnach in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz erhebliche Anteile Versicherter, die einen sehr hohen Informationsbedarf aufweisen. Insgesamt ist aber der Unterschied nicht signifikant.

Ein niedriges Haushalteinkommen steht in keinem systematischen Zusammenhang mit der subjektiven Informiertheit, jedoch fühlen sich Personen mit hohem Einkommen im Durchschnitt etwas besser informiert (MW 5.3).

Der Zusammenhang der Haushaltgrösse mit dem Gefühl von Informiertheit über das KVG lässt sich wie folgt beschreiben: Personen, die alleine leben, fühlen sich besonders häufig sehr schlecht informiert (1 Punkt: 11%). In Zwei-Personen-Haushalten wird der Informationsstand besonders häufig als gut angegeben (8 oder mehr Punkte: 23%), was sich auch in einem im Vergleich zu den übrigen Haushalten höheren Mittelwert zeigt (5.4) und auch der stärkeren Wahrnehmung von Veränderungen (vgl. 3.1.1) entspricht.

Der Bildungsstand der Befragten steht ebenfalls in Zusammenhang mit der Einschätzung der Informiertheit über das KVG: Personen mit niedrigem Bildungsstand fühlen sich schlechter informiert als diejenigen mit hohem (MW 4.6 gegenüber 5.3).

Nicht-Erwerbstätige fühlen sich etwas besser informiert als die Gesamtgruppe (MW 5.3).

Befragte mit subjektiv geringer Prämienbelastung geben besonders häufig an, sehr gut informiert zu sein (10 Punkte: 8% gegenüber 4% in der Gesamtgruppe), unterscheiden sich jedoch hinsichtlich des Mittelwertes nicht signifikant von der Gesamtgruppe.

Bei tiefem kantonalen Prämienniveau ist die Informiertheit mit 5.4 höher als in den übrigen Fällen.

Keinen Zusammenhang mit dem allgemeinen Gefühl von Informiertheit über das KVG weisen der Siedlungstyp (Stadt – Land) sowie das Geschlecht der Befragten auf.

Die Zuständigkeit für die Krankenversicherung innerhalb des Haushaltes hängt mit der subjektiven Informiertheit zusammen: Zuständige Personen fühlen sich besser informiert als Nicht-Zuständige (MW 5.3 gegenüber 4.9).

Personen mit mittlerem oder schlechtem subjektiven Gesundheitszustand fühlen sich häufiger als die Gesamtstichprobe sehr schlecht informiert (1 Punkt: 12% gegenüber 8%), jedoch auch häufiger durchschnittlich informiert (5 Punkte: 35% gegenüber 27% in der Gesamtgruppe). Ihr Mittelwert liegt mit 5.0 tiefer als derjenige der Personen mit gutem Gesundheit.

Befragte mit hohen Gesundheitskosten bezeichnen sich als etwas besser informiert als die Gesamtgruppe der befragten Personen (MW 5.3 versus 5.1).

Die subjektive Informiertheit geht mit dem Alter einher, der Mittelwert beträgt bei der jüngsten Altersgruppe 4.5, hingegen 5.4 bei den über 55jährigen.

Es liegt nahe, dass besser informierte Personen auch eher wahrnehmen, dass sich mit dem KVG Veränderungen für die Versicherten ergeben haben. Es ist anzunehmen, dass dies mit dem Bildungsstand der Person zusammenhängt, denn hoher Bildungsstand geht sowohl mit besserer Informiertheit als auch mit stärkerer Wahrnehmung von Veränderungen einher.

Zusammenfassend kann folgendes gesagt werden: Über die Hälfte der Befragten weisen einen mittleren subjektiven Informationsgrad über das KVG auf. Knapp ein Fünftel der befragten Personen fühlt sich gut oder sehr gut informiert, ein Viertel hingegen mangelhaft bis schlecht unterrichtet.

Im Mittel besser informiert als der Durchschnitt bezeichnen sich:

- Personen mit hohem Haushalteinkommen
- Personen mit hohem Bildungsstand
- Befragte aus Zwei-Personen-Haushalten
- Nicht-Erwerbstätige
- für die Krankenversicherung Zuständige Personen
- Personen aus Haushalten mit grossen Gesundheitskosten
- ältere Personen
- Personen aus Kantonen mit tiefem Prämienniveau

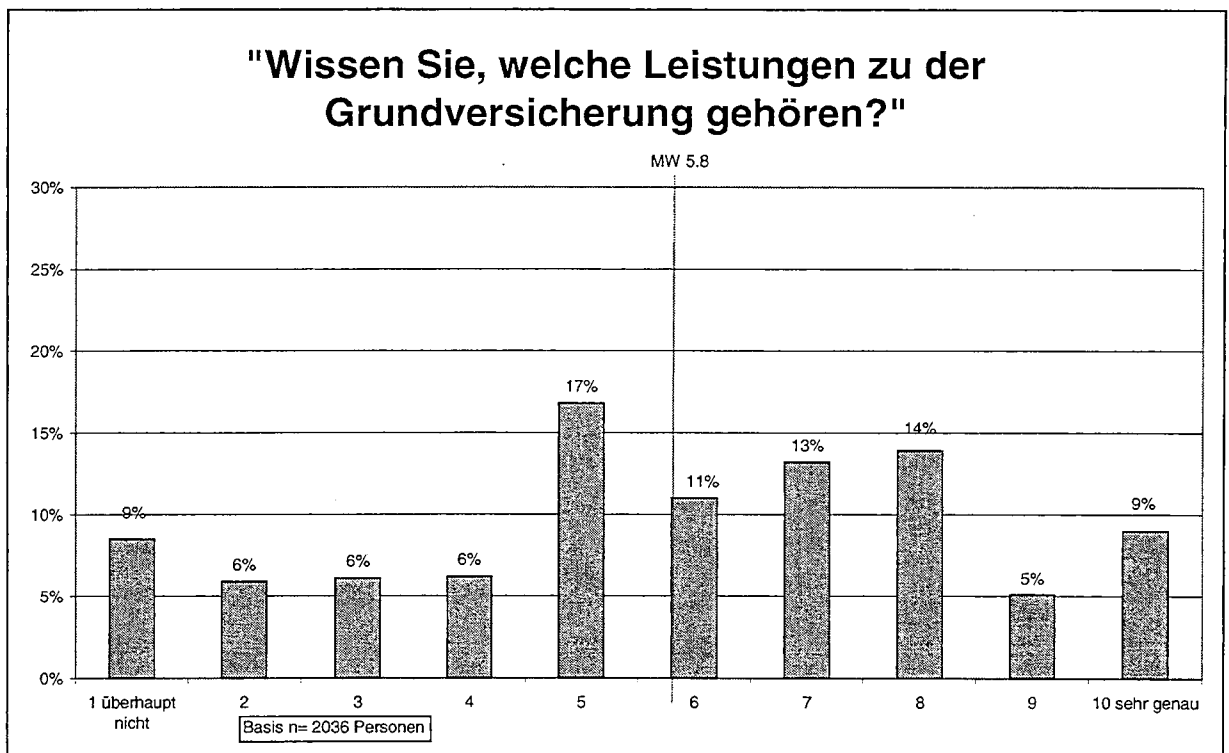
Ein besonders tiefe Informiertheit weisen nach eigener Einschätzung auf:

- Personen mit niedrigem Bildungsstand
- Tessiner/innen und eine Minderheit der Romands/es
- jüngere Personen
- ein Teil der alleine lebenden Personen
- ein Teil der Personen mit eher schlechtem subjektiven Gesundheitszustand

3.2.2 Informiertheit über den Leistungskatalog der Grundversicherung

Um eine weitere Komponente der Informiertheit zu erheben, wurden die Personen darum gebeten, auf einer 10er Skala anzugeben, wie genau sie wissen, welche Leistungen zur Grundversicherung gehören¹⁶.

Darstellung 8: Informiertheit über den Leistungskatalog der Grundversicherung



Der Gesamtmittelwert beträgt 5.8 Punkte (STDW 2.6)¹⁷. Die Befragten schätzen ihr Wissen über den Leistungskatalog in der Grundversicherung demnach als mittelgross ein. 28 % der Befragten beurteilen ihr Wissen als genau bis sehr genau (8 bis 10 Punkte), 21% als ungenau bis nicht vorhanden (1 bis 3 Punkte).

Bei der Betrachtung der verschiedenen Sprachregionen fällt auf, dass Befragte aus der Romandie zwar häufiger angeben, gar nicht zu wissen, welche Leistungen in der Grundversicherung enthalten sind (12% gegenüber 9% in der Gesamtgruppe), aber insgesamt gibt es keine Unterschiede nach Regionen.

¹⁶ Verankerung: 1 = ‚überhaupt kein Wissen‘, 10 = ‚sehr genaues Wissen‘

¹⁷ Die Standardabweichung STDW gibt an, wie stark die einzelnen Werte um den Mittelwert streuen. Je kleiner die Standardabweichung ist, desto näher sind sich die Befragten in ihrem Urteil.

Zwischen Stadt und Land bestehen keine systematischen Unterschiede hinsichtlich der Selbsteinschätzung des Wissens über den Leistungskatalog in der Grundversicherung.

Personen aus Haushalten mit geringem Einkommen beurteilen ihr Wissen als kleiner (MW 5.5), solche aus Haushalten mit hohem Einkommen als grösser (MW 6.1). Bei den geringen Einkommen ist wiederum der Anteil derjenigen, die angeben, nichts zu wissen, besonders gross (12% gegenüber 5% bei den hohen Einkommen).

Personen aus Haushalten mit vier oder mehr Bewohnern/innen (MW 5.6) sowie Ein-Personen-Haushalte (MW 5.7) schätzen ihr Wissen im Mittel tiefer ein als die andern Haushalte (MW 5.9). Bei Alleinlebenden ist der Anteil derjenigen, die sehr genaues Wissen angeben besonders gross, jedoch ebenfalls der Anteil der gänzlich Uninformierten (12% bzw. 11% gegenüber jeweils 9% in der Gesamtgruppe).

Das Geschlecht der Befragten steht in keinem regelhaften Zusammenhang mit dem Wissen über die Grundversicherung, jedoch das Alter. Jüngere Personen fühlen sich schlechter informiert (MW 5.3) als die beiden andern Altersgruppen (MW 6.0 bzw. 5.9).

Bei der Betrachtung des Bildungsstandes fällt wiederum auf, dass Personen mit niedrigem Bildungsstand auch weniger genaues Wissen über den Leistungskatalog angeben (MW 4.7 gegenüber 5.8 in der Gesamtgruppe). Hier beträgt der Anteil der Nicht-Informierten ein Viertel (25% gegenüber 9% in der Gesamtstichprobe).

Personen, die innerhalb des Haushaltes für die Krankenversicherung zuständig sind, bezeichnen sich als informierter als die Nicht-Zuständigen (MW 5.3 gegenüber 4.9).

Betrachtet man den subjektiven Gesundheitszustand der Befragten, so fällt auf, dass Personen mit mittelmässigem oder schlechtem Gesundheitszustand angeben, weniger über den Leistungskatalog der Grundversicherung zu wissen als die Gesamtheit der Befragten (MW 5.5 versus 5.8). Hingegen bezeichnen Personen mit hohen Gesundheitskosten, also einer grossen Inanspruchnahme von Leistungen, ihr Wissen um den Leistungskatalog als grösser als die andern (MW 6.0 gegenüber 5.7).

Der auf den ersten Blick sich ergebende Widerspruch lässt sich auflösen: Der tendenziell schlechtere Bildungsstand der sich subjektiv schlechter fühlenden mag bei einem Teil der Befragten die subjektiv tiefer eingeschätzte Informiertheit erklären. Auf der andern Seite mögen beim andern Teil die konkreten Erfahrungen mit der Krankenversicherung aufgrund der "Schadenfälle" zu besserer Informiertheit führen.

Personen, die sich ganz allgemein über das KVG besser informiert fühlen, geben auch an, mehr über den Leistungskatalog in der Grundversicherung zu wissen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Wissen um den Leistungskatalog der Grundversicherung über alle Befragten gesehen als mittelgross (MW 5.8) eingeschätzt wird. Über ein Viertel bezeichnet ihr Wissen als gross, über ein Fünftel jedoch als ungenau bis nicht vorhanden.

Besonders gutes Wissen um den Leistungskatalog in der Grundversicherung geben an:

- Tessiner/innen
- Personen aus Haushalten mit hohem Einkommen
- Haushalte mit grossen Gesundheitskosten

Besonders geringes Wissen geben an:

- Personen aus Haushalten mit niedrigem Einkommen
- Personen aus grossen Haushalten
- Personen mit niedrigem Bildungsstand
- Personen, die innerhalb des Haushaltes nicht für die Krankenversicherung zuständig sind
- Personen mit mittelmässigem bis schlechtem Gesundheitszustand

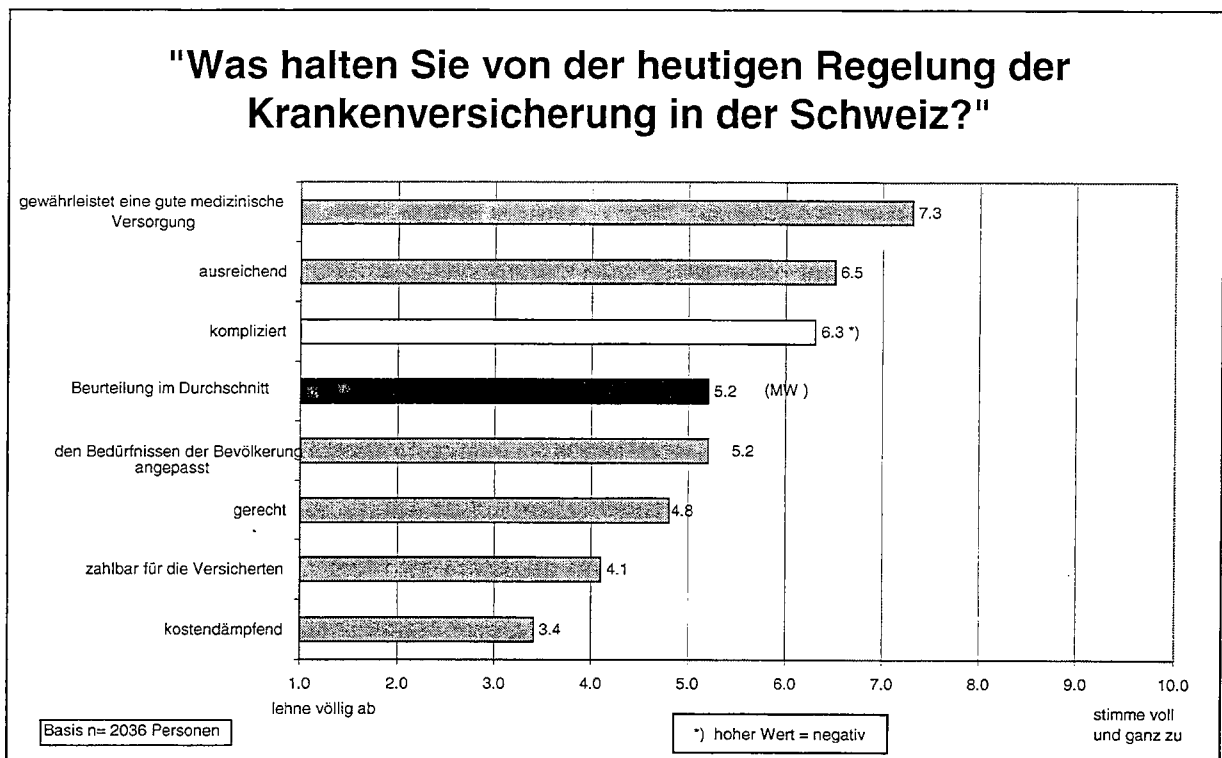
3.3 Einstellung zum KVG

Die 2036 befragten Personen wurden gebeten, auf einer 10er-Skala ihre Zustimmung oder Ablehnung zu sieben Aussagen über die heutige Regelung der Krankenversicherung anzugeben¹⁸. Ziel war es, eine differenzierte Einstellungsmessung vorzunehmen. Die einzelnen Aussagen wurden aus den drei Hauptzielen des KVG abgeleitet und betrafen die Zahlbarkeit der Regelung für die Versicherten, die kostendämpfende / -senkende Wirkung, die Kompliziertheit der Regelung, die Frage, ob sie den Bedürfnissen der Bevölkerung angepasst sei, ob sie gerecht und ausreichend sei sowie ob sie eine gute medizinische Versorgung gewährleiste.

Insgesamt fällt die Zustimmung allgemein mittelmässig aus (MW über alle Aspekte 5.1), nur das Tessin beurteilt etwas positiver (MW 5.4). Allerdings werden die verschiedenen Aspekte stark unterschiedlich beurteilt, dem KVG werden offensichtlich positive und negative Seiten zugestanden.

¹⁸ 1 = ‚lehne völlig ab‘, 10 = ‚stimme voll und ganz zu‘

Darstellung 9: Einstellung zum KVG



Die Zahlbarkeit für die Versicherten beurteilen die Befragten mit durchschnittlich 4.1 Punkten (STDW 2.5) auf der 10er-Skala, also eher negativ. Ebenso wird die kostendämpfende Wirkung der neuen Regelung kritisch betrachtet (MW 3.4, STDW 2.4). Hingegen wird dem KVG attestiert, es gewährleiste eine gute medizinische Versorgung (MW 7.3, STDW 2.3). Weiter wird das KVG im Mittel als eher kompliziert empfunden (MW 6.3, STDW 2.8); ebenso als eher nicht gerecht (MW 4.8, STDW 2.6). Ob das KVG den Bedürfnissen der Bevölkerung angepasst sei, wird weder zustimmend noch ablehnend beurteilt (MW 5.2, STDW 2.5). Hingegen wird es als eher ausreichend bezeichnet (MW 6.5, STDW 2.6).

Im Folgenden werden verschiedene Untergruppen hinsichtlich ihrer Einstellung zum KVG mit der Gesamtgruppe verglichen.

Es ergeben sich deutliche Hinweise auf einen Zusammenhang von Sprachregion und Einstellung zum KVG:

In der Romandie wird die Zahlbarkeit der Krankenversicherung für die Versicherten kritischer beurteilt als in der übrigen Schweiz (MW 3.8 gegenüber 4.2 bzw. 4.5 in der Deutschschweiz bzw. im Tessin). Hingegen wird die kostendämpfende Wirkung des KVG in der Romandie weniger deutlich in Frage gestellt (MW 4.3 versus 3.1 bzw. 3.6 in der Deutschschweiz bzw.

im Tessin). Befragte aus der Westschweiz beurteilen die heutige Regelung im Mittel als weniger ausreichend als Personen in der Deutschschweiz bzw. im Tessin (MW 5.9 gegenüber 6.7 bzw. 6.4).

Befragte aus dem Tessin bewerten die Zahlbarkeit der Krankenversicherung und die kostendämpfende Wirkung des KVG zwar als Problempunkte (MW 4.5 bzw. 3.6), jedoch weniger ausgeprägt als die Gesamtgruppe der Befragten (MW 4.1 bzw. 3.4). In der italienischsprachigen Schweiz wird das KVG als weniger kompliziert (MW 5.9), als gerechter (MW 5.4) sowie als eher den Bedürfnissen der Bevölkerung angepasst (MW 5.5) bezeichnet als in der gesamten Schweiz (MW 6.3 bzw. 4.8 bzw. 5.2).

Deutschschweizer Befragte beurteilen insbesondere die kostendämpfende Wirkung des KVG im Vergleich zur Westschweiz und zum Tessin kritisch (MW 3.1 versus 4.3 bzw. 3.6). Sie bezeichnen die Regelung insgesamt dennoch eher als ausreichend (MW 6.7 versus 5.9 bzw. 6.4).

Im folgenden werden die einzelnen Aspekte des KVG einer vertiefenden Analyse unterzogen:

3.3.1 Versorgungsqualität

Das KVG gewährleistet nach Ansicht der Mehrheit der Befragten eine gute medizinische Versorgung (MW 7.3).

Kritischer wird sie durch folgende Gruppen beurteilt:

- Personen jüngeren und mittleren Alters (MW 7.2 versus 7.6 bei älteren Personen)
- Frauen (MW 7.2 versus 7.5 bei Männern)
- Erwerbstätige (MW 7.2 versus 7.5 bei Nicht-Erwerbstätigen)
- höhere Einkommen (MW 7.1 versus 7.6 bei niedrigen Einkommen und 7.3 bei mittleren)
- Romands/es (MW 7.0) im Gegensatz zu Deutschschweizern/innen (MW 7.4) und Tessinern/innen (MW 7.3)
- Personen aus Kantonen mit hohem Prämienniveau (MW 7.2 versus 7.5 bzw. 7.6 in Kantonen mit mittlerem bzw. tiefem Prämienniveau)
- Personen mit grossen Kosten (MW 7.2 gegenüber 7.4 bei kleinen Kosten)

Zu Bildungsstand, Haushaltgrösse, Gesundheitszustand, Siedlungstyp und subjektiver Prämienbelastung ergibt sich kein signifikanter Zusammenhang.

3.3.2 Umfang

Die heutige Regelung der Krankenversicherung wird allgemein als eher ausreichend beurteilt (MW 6.5).

Als weniger ausreichend wird das KVG von folgenden Gruppen beurteilt:

- Jungen und Personen mittleren Alters (MW 6.3 im Gegensatz zu MW 6.9 bei Älteren)
- Erwerbstätigen (MW 6.3 versus 6.9 bei Nicht-Erwerbstätigen)
- Romands/es (MW 5.9 gegenüber 6.4 bei Tessinern/innen und 6.7 bei Deutschschweizern/innen)
- Personen mit hoher subjektiver Prämienbelastung (MW 6.3 versus 6.8 bei Personen mit angemessener oder günstiger Prämienbelastung)

Kein signifikanter Zusammenhang ergibt sich mit Einkommen, Haushaltgrösse, Siedlungstyp und Gesundheitskosten.

3.3.3 Bedürfnisadäquatheit

Das KVG wird allgemein als den Bedürfnissen als mittelmässig angepasst wahrgenommen (MW 5.2 auf einer 10stufigen Skala).

Als wenig den Bedürfnissen der Bevölkerung angepasst beurteilen das KVG die folgenden Gruppen:

- Personen mittleren Alters (MW 5.0 versus 5.6 bei jungen Personen und 5.3 bei älteren)
- Personen aus Haushalten mit hoher subjektiver Prämienbelastung (MW 4.8 versus 5.6 bzw. 5.5 bei angemessener bzw. günstiger Prämie)
- Personen aus der deutschen und französischen Schweiz (5.2. gegenüber 5.5 im Tessin)
- Städter/innen
- Personen mit höherer Bildung (5.1 gegenüber 5.5 bei tieferer Bildung)
- Erwerbstätigen gegenüber Nicht-Erwerbstätigen (5.1. gegenüber 5.4)

Zu Geschlecht, Einkommen, Haushaltgrösse, Gesundheitszustand, und Gesundheitskosten ergeben sich keine Zusammenhänge.

3.3.4 Gerechtigkeit

Das KVG wird generell als mittelmässig gerecht empfunden (MW 4.8 auf einer 10stufigen Skala).

Als besonders ungerecht wird das KVG empfunden durch folgende Gruppen:

- Personen der mittleren Altersgruppe (MW 4.5 versus 5.1 bei jungen Personen und 5.0 bei älteren)
- Personen mit mittlerem und hohem Bildungsniveau (MW 4.8 bzw. 4.9 versus 5.4 bei Personen mit tieferem Bildungsniveau)
- Städter/innen (MW 4.8 versus 5.1 auf dem Land)
- Haushalte mit hoher subjektiver Prämienbelastung (MW 4.5 versus 5.3 bei angemessener bzw. 4.9 bei günstiger Prämienbelastung)
- Erwerbstätige (4.7) gegenüber Nichterwerbstätigen (5.0)
- Personen, die für die Krankenkasse nicht zuständig sind (4.7)

Im übrigen besteht kein signifikanter Zusammenhang mit Geschlecht, Einkommen, Haushaltgrösse, Gesundheitszustand, Region, kantonalem Prämienniveau und Gesundheitskosten.

3.3.5 Kompliziertheit

Das KVG wird als eher kompliziert eingeschätzt (MW 6.3 auf einer 10stufigen Skala), wobei dieses Urteil ziemlich einhellig ist und keine grossen Unterschiede sichtbar werden.

Besonders kompliziert wird es empfunden von:

- älteren Personen (MW 6.5)
- Frauen (MW 6.5 versus 6.2 bei Männern)
- Personen aus Kantonen mit hohem bzw. tiefem Prämienniveau (MW 6.5 bzw. 6.4)
- Deutschschweizer/innen (6.4)
- allein lebenden Personen (6.5)
- Personen mit hoher Prämienbelastung (6.4)

Es ergibt sich kein Zusammenhang mit Bildungsstand, Erwerbstätigkeit, Einkommen, Gesundheitszustand, Siedlungstyp oder Gesundheitskosten.

3.3.6 Zahlbarkeit für die Versicherten

Die Zahlbarkeit des KVG wird von den Versicherten generell kritisch eingeschätzt (MW 4.0 auf einer 10stufigen Skala).

Besonders kritisch beurteilen folgende Gruppen die Zahlbarkeit:

- die mittlere Altersgruppe (35 bis 54 J) mit MW 3.9 (gegenüber 4.4 der Älteren)
- Frauen (MW 4.0 versus 4.3 bei Männern)
- Personen mit mittlerem Bildungsstand (MW 4.1 versus 4.3 bzw. 4.5 bei tiefen bzw. hohem Bildungsstand)
- Romands/es (MW 3.8 gegenüber Deutschschweizern/innen und Tessinern/innen mit 4.2 bzw. 4.5)
- Personen aus Kantonen mit hohem Prämienniveau (MW 4.0 gegenüber 4.3 bzw. 4.5 bei mittlerem bzw. tiefem Niveau)
- Personen mit hoher subjektiver Prämienbelastung (MW 3.5 gegenüber 4.6 bei angemessener und 5.0 bei günstiger Belastung)

Kein signifikanter Zusammenhang besteht zu Erwerbstätigkeit, Einkommen, Gesundheitszustand oder Gesundheitskosten.

Die Zahlbarkeit wird also besonders kritisch eingeschätzt durch:

- mittlere Altersgruppe
- Frauen
- mittlerer Bildungsstand
- Romands/es
- Personen aus Kantonen mit hohem Prämienniveau
- Personen mit subjektiv hoher Kostenbelastung
- Städter/innen

3.3.7 Kostendämpfende Wirkung

Die kostendämpfende Wirkung des KVG wird generell kritisch eingestuft (MW 3.4).

Besonders kritisch wird sie durch folgende Gruppen beurteilt:

- ältere Personen (MW 3.3 versus 3.4 bei Personen der mittleren und 3.6 bei der jungen Altersgruppe)

- Personen mit mittlerem Bildungsniveau (MW 3.3) versus 3.9 bei Personen mit niedrigem und 3.5 bei solchen mit hohem Bildungsniveau)
- Nicht-Erwerbstätige (MW 3.3 versus 3.5 bei Erwerbstätigen)
- Deutschschweizer/innen (3.1 gegenüber 3.6 im Tessin und 4.3 in der Romandie)
- Personen mit hoher subjektiver Prämienbelastung (MW 3.3 versus 3.6 bei Personen mit angemessener oder hoher Prämienbelastung)
- Personen aus Kantonen mit tiefen Prämien (MW 3.0 versus 3.4 in Kantonen mit mittlerem bzw. 3.5 mit hohem Prämienniveau)

Kein signifikanter Zusammenhang besteht zu Geschlecht, Einkommen, Haushaltgrösse und Gesundheitskosten.

Zusammenfassend können folgende Gruppen als besonders kritisch gegenüber dem KVG bezeichnet werden:

- mittlere Altersgruppe (35-54Jahre)
- Personen aus Haushalten mit subjektiv hoher Prämienbelastung
- Erwerbstätige
- Romands/es
- z.T. Frauen
- z.T. Personen mittlerem oder hohem Bildungsstand
- z.T. Deutschschweizer/innen

Das kantonale Prämienniveau steht zwar in Zusammenhang mit verschiedenen Einstellungsaspekten, jedoch ergibt sich kein aussagekräftiges Muster. Ähnlich verhält es sich mit der Haushaltgrösse.

Das Haushaltseinkommen spielt meist keine Rolle; allenfalls sind Personen mit hohem Einkommen kritischer eingestellt.

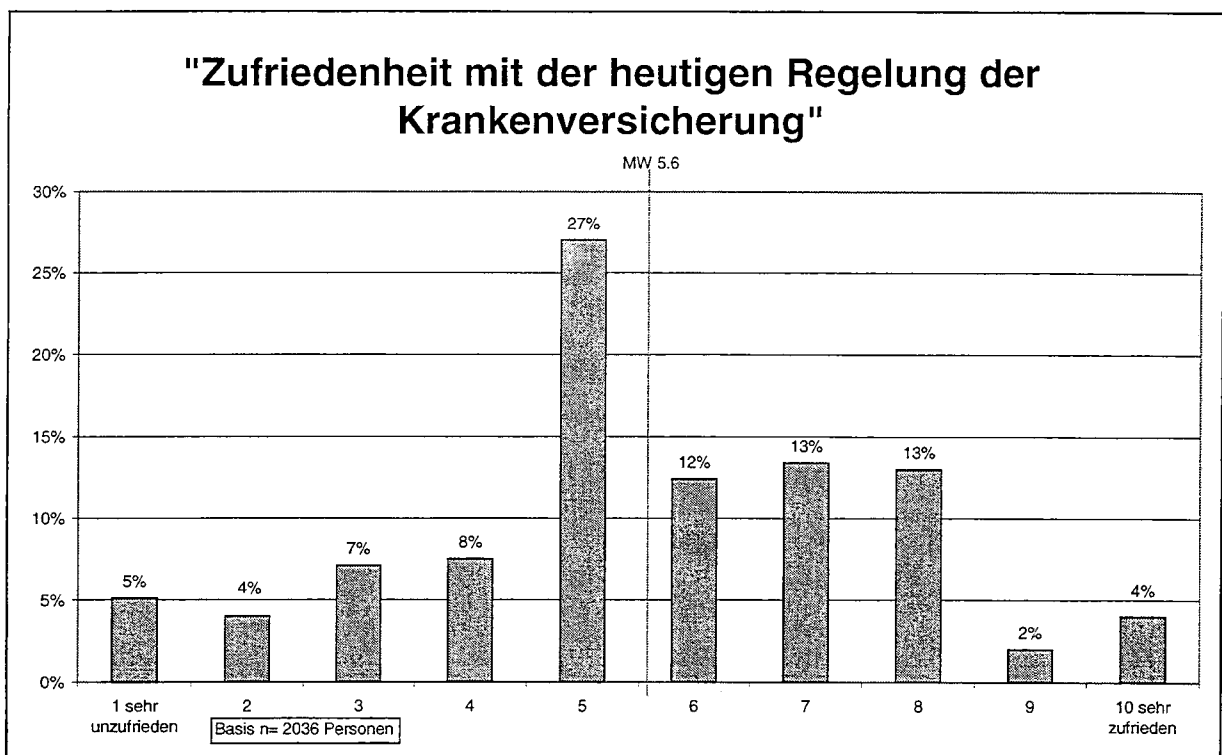
Der Gesundheitszustand spielt meist keine Rolle; allenfalls sind Personen mit mittelmässiger und schlechter Gesundheit kritischer eingestellt.

Zwischen den verursachten Gesundheitskosten sowie dem Siedlungstyp (Stadt-Land) und den Einstellungskomponenten besteht kein systematischer Zusammenhang.

3.4 Zufriedenheit mit dem KVG

In einem nächsten Schritt wurden alle 2036 Befragten gebeten, ihre allgemeine Zufriedenheit mit der heutigen Regelung der Krankenversicherung auf einer 10er Skala anzugeben¹⁹.

Darstellung 10: Zufriedenheit mit dem KVG



Der Mittelwert der Zufriedenheit liegt bei 5.6 Punkten (STDW 2.1) und somit im mittleren Bereich der Skala. Knapp ein Fünftel der Befragten bezeichnet sich als sehr zufrieden (7-10 Punkte: 20%), knapp ein Siebtel als sehr unzufrieden (1-3 Punkte: 15%).

Bei der Betrachtung der Sprachregionen wird deutlich, dass die Mittelwertsunterschiede der Zufriedenheit gering sind. Es fällt jedoch auf, dass unter den Tessinern/innen der Anteil derjenigen, die ihre Zufriedenheit über das KVG nicht beurteilen können, besonders gross ist (12% versus 4% in der Gesamtgruppe).

¹⁹ 1 = ‚sehr unzufrieden‘, 10 = ‚sehr zufrieden‘

Personen aus Haushalten mit tiefem Einkommen sind zufriedener mit der Regelung der Krankenversicherung (MW 5.8 gegenüber 5.6 in der Gesamtgruppe), Personen aus Haushalten mit hohem Einkommen hingegen sind weniger zufrieden mit dem KVG (MW 5.4).

Analog dazu sind Befragte mit niedrigem Bildungsstand zufriedener (MW 5.8) mit dem KVG als die Gesamtgruppe und als Befragte mit hohem Bildungsstand (MW 5.4). Auffallend ist, dass 10% der Personen, die lediglich die obligatorische Schulzeit vollendet haben, ihre Zufriedenheit nicht einschätzen können. Nicht-Erwerbstätige sind im Mittel zufriedener mit dem KVG als die Gesamtgruppe (MW 5.8).

Betrachtet man die Prämienbelastung der Befragten, so wird wie zu erwarten deutlich, dass Personen mit subjektiv hoher Prämienbelastung unzufriedener mit der Regelung sind (MW 5.2), sich Personen mit angemessenen oder günstigen Prämien hingegen zufrieden zeigen (MW 6.0 bzw. 6.0).

Die übrigen Untergruppen (Geschlecht, Siedlungstyp, Haushaltgrösse, Zuständigkeit für die Krankenversicherung) unterscheiden sich hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Regelung der Krankenversicherung nicht systematisch.

Der subjektive Gesundheitszustand der Befragten steht nicht in systematischem Zusammenhang mit der erlebten Zufriedenheit über das KVG, ebenso wenig die angefallenen Gesundheitskosten.

Zwischen der Wahrnehmung von Veränderungen durch das KVG und der Zufriedenheit damit besteht ein Zusammenhang: Wer Veränderungen wahrgenommen hat (es sind dies eher Personen mit hohem Einkommen, hohem Bildungsstand und hoher Prämienbelastung) ist auch mit dem KVG weniger zufrieden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die allgemeine Zufriedenheit mit dem KVG über alle Personen betrachtet als mittelgross angegeben wird. Knapp ein Siebtel der Befragten ist jedoch sehr unzufrieden, ein Fünftel hingegen ist sehr zufrieden.

Besonders zufrieden mit dem KVG sind:

- Personen mit niedrigem Einkommen
- Personen mit niedrigem Bildungsstand
- Nicht-Erwerbstätige
- Personen mit günstigen oder angemessenen Prämien

Besonders unzufrieden mit dem KVG sind die Gruppen, die auch stärker Veränderungen wahrgenommen haben.

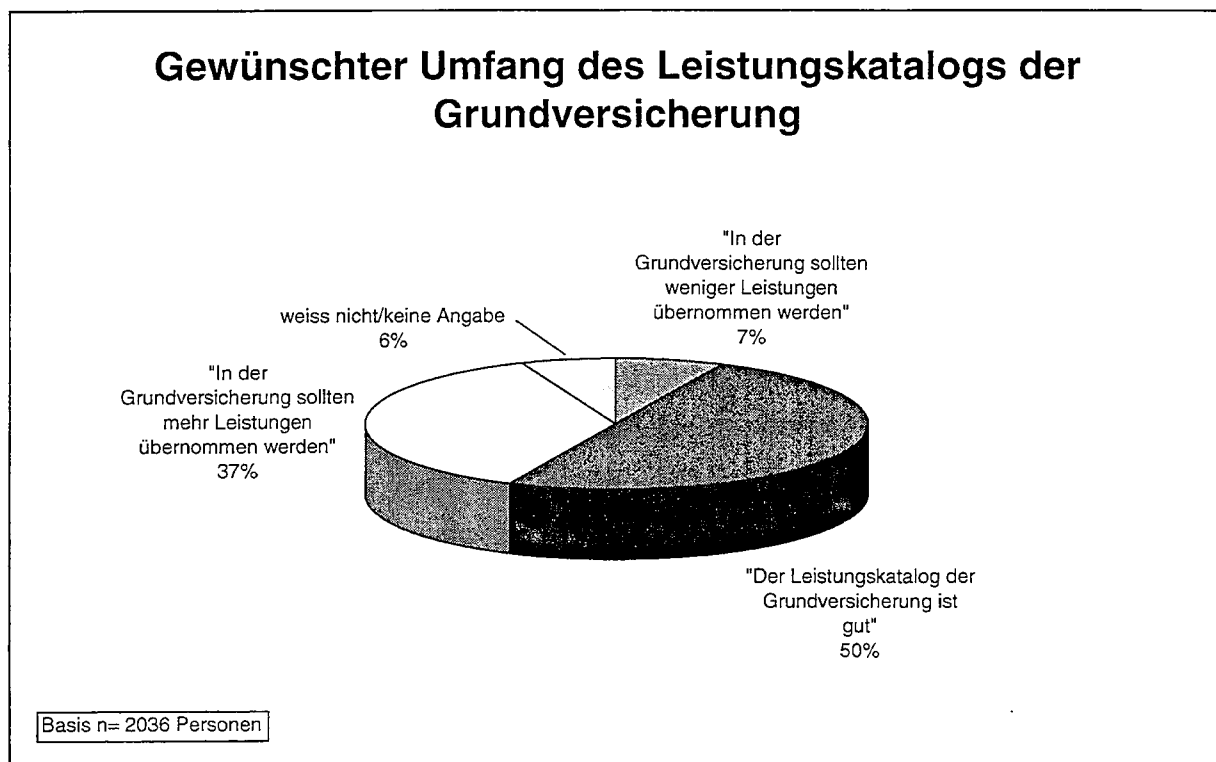
- Personen mit hohem Einkommen
- Personen mit hohem Bildungsstand
- Personen mit hoher subjektiver Prämienbelastung

3.5 Beurteilung des Leistungskatalogs der Grundversicherung

Weiter wurden die Befragten gebeten anzugeben, welche der drei folgenden Aussagen für sie am ehesten zutrefte:

- "In der Grundversicherung sollten weniger Leistungen übernommen werden."
- "Der Leistungskatalog der Grundversicherung ist gut."
- "Es sollten mehr Leistungen übernommen werden."

Darstellung 11: Beurteilung des Leistungskatalogs der Grundversicherung



Die Hälfte der Befragten (50%) bezeichnete den Leistungskatalog als gut, über ein Drittel (37%) wünschte sich eine Ausweitung der Leistungen, und 7% waren für weniger Leistungen in der Grundversicherung.

Betrachtet man diese Einstellungen nach Sprachregionen gesondert, so fällt auf, dass die Hälfte der Befragten aus der Romandie (50%) eine Ausweitung des Leistungskataloges befürwortet und nur 40% ihn als angemessen bezeichnen. In der Deutschschweiz wird der Umfang der Leistungen von 54% der Befragten als gut bezeichnet.

Personen mittleren Alters plädieren stärker für einen Leistungsausbau 42% gegenüber 37% in der Gesamtgruppe.

Bei den Gruppen mit unterschiedlichem Haushalteinkommen fällt auf, dass 12% der Gutverdienenden einen Abbau der Leistungen befürworten, hingegen nur 5% der Personen mit niedrigem Einkommen.

Personen mit hohem Bildungsstand befürworten besonders häufig einen Leistungsabbau in der Grundversicherung (15% gegenüber 7% in der Gesamtgruppe), solche mit niedrigem Bildungsstand besonders selten (3%). In beiden Gruppen sind die Unentschiedenen besonders häufig.

Betrachtet man die Gruppe mit der höchsten Prämienbelastung, die aber nicht mehr Gesundheitskosten aufweist als andere, so zeigt sie sich besonders häufig für einen Leistungsausbau eingestellt (44%) und empfindet den bestehenden Katalog besonders selten als angemessen (46%). Personen mit günstigen Prämien hingegen befürworten häufiger als die Gesamtgruppe einen Leistungsabbau (18%) und seltener eine Ausweitung der Leistungen (23%).

In den Untergruppen der für die Krankenversicherung Zuständigen bzw. nicht Zuständigen Personen zeigen sich verglichen mit der Gesamtgruppe keine systematischen Abweichungen in der Beurteilung des Leistungskataloges.

Personen mit mittelmässigem oder schlechtem Gesundheitszustand befürworten besonders häufig einen Leistungsausbau in der Grundversicherung (44% gegenüber 37% in der Gesamtgruppe) und empfinden die heutige Lösung besonders selten als gut (44% gegenüber 50%).

Bei den Gesundheitskosten zeigen sich keine systematischen Abweichungen von der Einstellung der Gesamtgruppe.

Vergleicht man diese Befunde mit den Beurteilungen des Umfangs der Regelung der Krankenversicherung (vgl. 3.3.2) so zeigt sich Übereinstimmung: Romandes/es, Personen mittleren Alters und mit hoher Prämienbelastung und mittelmässiger oder schlechter Gesundheit haben die Regelung auch stärker als andere als weniger ausreichend beurteilt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Leistungskatalog in der Grundversicherung von der Hälfte der Befragten (50%) als gut angesehen wird, während über ein Drittel (37%) eine Ausweitung wünscht. Lediglich eine Minderheit von (7%) möchte den Leistungskatalog einschränken.

Eine Ausweitung des Leistungskataloges befürworten am ehesten:

- Romands/es
- Personen mit hoher Prämienbelastung
- Personen mit mittelmässigem oder schlechtem Gesundheitszustand

Einen Abbau des Leistungskataloges befürworten am ehesten:

- Gutverdienende
- Personen mit niedriger Prämienbelastung
- Personen mit hohem Bildungsstand

3.6 Interpretation

Die Krankenversicherung und das KVG waren in den letzten 4 Jahren, und zwar seit der Einführung auf Beginn des Jahres 1996, ein Politikum, das auch breite mediale Resonanz gefunden hat. Neben den jährlichen Prämienrunden haben auch die stetige Kostensteigerung und die verschiedenen parlamentarischen Debatten für eine dauernde Thematisierung gesorgt.

Vor diesem Hintergrund ist durchaus offen, ob das Ausmass der **Wahrnehmung von Veränderungen** durch den Wechsel vom KUVG zum KVG auf Beginn des Jahres 1996 in der Bevölkerung als eher tief zu bezeichnen ist oder nicht.

Für die meisten Versicherten hat sich nämlich durch das KVG konkret nicht sehr viel verändert: Die meisten Haushalte waren nämlich bereits versichert, so dass das Obligatorium keine Veränderung brachte, und eine Prämienverbilligung erhält hat auch nur eine Minderheit der Haushalte. Die vereinheitlichten Prämien und damit die Freizügigkeit sind zwar eine wesentliche Änderung gegenüber dem KUVG, dürften aber erst dann richtig bewusst werden, wenn ein Wechsel erwogen oder abgeklärt wird.

Neben diesen Überlegungen zur Betroffenheit durch Änderungen ist auch aus methodischer Sicht Zurückhaltung angebracht: Es handelte sich bei der Frage nach der Wahrnehmung von Veränderungen um eine offene Frage ohne Antwortvorgaben, die erfahrungsgemäss wesentlich weniger Nennungen ergibt als eine Frage mit Antwortvorgaben.

Andererseits ist auch zu vermuten, dass die mediale Fokussierung der Diskussion auf Kostenaspekte eine stärkere inhaltliche Wahrnehmung behindert hat.

Trotzdem die beschränkte Wahrnehmung von Veränderungen nicht als gravierend zu beurteilen ist, stellt sich, wie immer im Zusammenhang mit Information, die folgende Frage: Ist der festgestellte Informationsstand eine Folge mangelnder Informationstätigkeit oder eine Folge mangelnder Informationsaufnahme der Zielgruppe?

Diese Frage lässt sich aufgrund unserer Studie nicht beantworten, da die Analyse der Informationstätigkeit Gegenstand einer andern Arbeit ist.²⁰ Wir halten jedoch dafür, die Veränderungen das Publikum zu wenig direkt betroffen haben und dass zudem die Neuerungen gegenüber dem KUVG durch die stetige Kostensteigerung bzw. durch deren Diskussion in den Medien überdeckt worden sind. Die Dominanz der Kostendiskussion stellt somit einen wesentlichen Faktor für die heutige Wahrnehmung des KVG dar.

²⁰ vgl. Fussnote 14

Diese Vermutung wird gestützt durch die Tatsache, dass die tatsächlichen **inhaltlichen Neuerungen** des KVG kaum wahrgenommen werden, sondern nur "Äusserlichkeiten" wie Kostenentwicklung und Prämienanstieg. Noch präziser: Was die Bevölkerung als Neuerungen wahrnimmt, hat an sich nichts – oder nur teilweise – mit dem KVG zu tun²¹, sondern mit generellen Kontextfaktoren. Die Kostensteigerung im Gesundheitswesen hat nicht erst mit dem KVG eingesetzt, sondern war eine Ursache seiner Einführung.

Zudem zeigen die Ergebnisse der Haushaltsbefragung, dass die Informiertheit nicht so tief ist, wie sie aufgrund der bisher dargestellten Ergebnisse auf offene Fragen erscheint (vgl. unten und Kap. 4.2).

Eine interessante Frage betrifft den Hintergrund der festgestellten sprachregionalen Unterschiede in der Wahrnehmung der Kostenaspekte als "**Prämienanstieg**" in der Deutschschweiz oder als "**Kostensteigerung**" in der Westschweiz. Auch hier fällt eine schlüssige Antwort schwer. Möglicherweise kommen darin unterschiedliche Sichtweisen des gleichen Phänomens zum Ausdruck: Die Betonung der Prämie könnte eher mit einer privaten Sichtweise, die Betonung der Kostensteigerung eher mit einer gesellschaftlich-politischen Interpretation des Phänomens erklärt werden. Möglicherweise spiegelt sich darin auch die Art der medialen Diskussion.

Im Zusammenhang mit den wahrgenommenen Veränderungen ist auf eine vermeintliche Unplausibilität hinzuweisen. Und zwar geht es um die wahrgenommene **Verschlechterung** der Leistungen. Da die medizinischen Leistungen an sich im Rahmen des KVG ausgebaut worden sind, muss es sich dabei wohl um andere Leistungen handeln. Es ist zu vermuten, dass der Wegfall der freiwilligen Leistungen, die den Krankenkassen beträchtlichen Spielraum für Kulanz gaben, dafür verantwortlich ist.

Die mittelmässige **Informiertheit** gemäss subjektiver Einschätzung bezogen auf die inhaltlichen Veränderungen durch das KVG entspricht auf den ersten Blick nicht der Realität, sondern scheint eine Überschätzung des eigenen Wissens, insbesondere der für die Krankenversicherung Zuständigen Personen darzustellen. Wie bereits erwähnt sind bei einer Beurteilung des Sachverhaltes die Ergebnisse der Haushaltsbefragung, aber auch methodische Aspekte, zu berücksichtigen.

²¹ In der Botschaft zum KVG vom 6.11.1991 (91.071) wurden die Kosten der Leistungserweiterungen auf 1300 Mio Franken oder 10% des Gesamtaufwandes (Hochrechnung auf 1993) geschätzt, denen 770 Mio Franken zusätzliche Erträge gegenüberstanden (S. 148). Die KVG-bedingten Mehrkosten wurden demzufolge lediglich auf rund 4% des Gesamtaufwandes geschätzt. Weiter

So wurde in der Bevölkerungsbefragung *offen* nach Veränderungen durch das KVG gefragt, was erfahrungsgemäss zu weniger und zu unpräziseren Antworten führt. Bei den 5 Wissensfragen, die den Zuständigen Personen zur Beantwortung vorgelegt wurden, war hingegen *gestützt* zwischen einer richtigen und einer falschen Antwort zu wählen. Auch wenn im Falle von Nichtwissen die richtige Antwort teilweise bloss "erraten" worden sein mag, kann die Informiertheit durchaus als "mittelmässig" beurteilt werden.

Die mittelmässige **Informiertheit über den Leistungskatalog** der Grundversicherung zeigte sich bereits im Rahmen der Pretests. Die befragten Personen hatten häufig Mühe, zwischen Grundversicherung und Zusatzversicherungen zu unterscheiden. Deshalb wurden in der Hauptbefragung bei den Fragen nach den Zusatzversicherungen die wichtigsten Beispiele in der Frage selbst genannt.

Das **Image** des KVG, wie es in den **Einstellungen** zum Ausdruck kommt, ist insgesamt nur mittelmässig – im Vergleich mit Erfahrungen aus anderen Imagestudien ist dieser mittlere Wert jedoch als unbefriedigend zu beurteilen. Nur ein Aspekt ist unbestritten: die Gewährleistung einer medizinischen hochstehenden Versorgung. Auf der andern Seite wird das KVG weitgehend als für die Versicherten zu teuer und zu wenig kostendämpfend gesehen. Hier spielt unseres Erachtens wiederum die stark kostengeprägte Diskussion um das KVG eine Rolle.

Ob dieser kritische Tenor angesichts der mehrheitlich kritischen bis schlechten Presse nicht weiter erstaunlich ist, oder ob es im Gegenteil nicht erstaunlich ist, dass die Beurteilung nicht viel schlechter ausfällt, ist eine Sache des Ermessens.

Die Beurteilung des KVG als "**eher zu kompliziert**" ist nicht einfach einzuordnen. Es fragt sich, wie weit hier die individuelle Ebene und der konkrete Umgang im Schadenfalle gemeint sind, oder ob hier nicht viel eher eine generelle Beurteilung des KVG und seiner Mechanismen bzw. noch genereller die Kostenfrage im Gesundheitswesen überhaupt zum Ausdruck kommt.

Wir gehen davon aus, dass der Wechsel von der direkten Rechnungsbegleichung durch die Kasse und anschliessender Kostenbeteiligung der Versicherten ("tier payant") des KUVG zur Kostenrückvergütung ("tier garant") des KVG keinen so gravierenden Schritt darstellt und dass das KUVG in diesem Punkt wohl nicht besser abgeschnitten hätte. Viel eher gehen wir davon aus, dass die Komplexität des Themas und die stark unterschiedlichen Vorschläge zur

heisst es in der Botschaft (S. 133), dass die Auswirkungen auf die Versicherten recht uneinheitlich seien.

Problemlösung, die bei aussenstehenden Betrachter/innen auch ein Gefühl der Hilflosigkeit der Akteure erwecken können, diese Einstellung prägen.

In welcher Beziehung die Bevölkerung das Gefühl hat, das KVG sei nicht sehr ihren **Bedürfnissen angepasst**, muss offen bleiben. Ist damit die Zahlbarkeit gemeint, oder die Kompliziertheit oder der Leistungsumfang? Weitergehende Forschungen wären nötig, um diesen Punkt zuverlässig zu erhellen.

4 Ergebnisse Haushaltsbefragung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der umfangreichen Haushaltsbefragung zum Krankenversicherungsgesetz dargestellt und interpretiert. Bei den für die Krankenversicherung Zuständigen Personen (n=2152) wurden Informationen über folgende Themen erhoben: Versicherungssituation des Haushaltes in der Grund- und Zusatzversicherung (Kapitel 4.1), Wissen über verschiedene Versicherungsmodelle und das Krankenversicherungsgesetz (Kapitel 4.2), Informationsquellen und Beurteilung der Informationen der Krankenkassen (Kapitel 4.3), Zufriedenheit mit der Krankenkasse (Kapitel 4.4), Kenntnis und Zugang zur Prämienverbilligung (Kapitel 4.5) sowie das Wechselverhalten in der Grundversicherung (Kapitel 4.6).

Neben den Ergebnissen für die gesamte Haushaltsstichprobe interessieren die Resultate von spezifischen Untergruppen, die durch regionale, soziodemographische oder versicherungsbezogene Merkmale definiert werden.

Am Ende der einzelnen Abschnitte werden die Ergebnisse zusammengefasst und je Kapitel interpretiert.

4.1 Versicherungssituation in der Grund- und Zusatzversicherung

In einem ersten Kapitel wird die Versicherungssituation der für die Krankenversicherung Zuständigen Person sowie ihres Haushaltes beschrieben. Dabei wird der Frage nachgegangen, ob Personen innerhalb eines Haushaltes auch bei der gleichen Versicherung Mitglied sind (4.1.1), wie lange die Befragten schon bei derselben Krankenkasse versichert sind (4.1.2) und aus welchen Gründen sie die Kasse gewählt haben (4.1.3). Weiter wird eruiert, wie hoch die Prämien für die Zuständige Person und für den gesamten Haushalt sind (4.1.4). Danach wird die Verbreitung verschiedener Versicherungsmodelle untersucht (4.1.5) sowie Häufigkeit und Art von Zusatzversicherungen (4.1.6). Weiter folgt eine Einschätzung der Prämienentwicklung seit der Einführung des KVG durch die Versicherten (4.1.7). Schliesslich wird dargestellt, inwiefern die Versicherten ein systematisches Kostenmanagement für die Grundversicherung betreiben (4.1.8).

4.1.1 Kassenzugehörigkeit

Zunächst wurden die Zuständigen Personen gefragt, ob sie und die übrigen Haushaltsmitglieder für die Grundversicherung bei der gleichen oder bei verschiedenen Krankenkassen versichert seien. In 72% der 1231 Mehr-Personenhaushalte sind alle Personen bei der gleichen, in 27% bei verschiedenen Kassen versichert.

Bei Haushalten mit vier oder mehr Mitgliedern ist die Übereinstimmung der Kasse noch grösser (77%), bei Zwei-Personen-Haushalten hingegen kleiner (66%).

Die übrigen Subgruppen (definiert durch Sprachregion, Haushaltinkommen, Siedlungstyp, Gesundheitskosten und Prämienbelastung) unterscheiden sich hinsichtlich der Einheitlichkeit der Kassenzugehörigkeit nicht von der Gesamtgruppe.

4.1.2 Dauer der Kassenzugehörigkeit

Die Dauer der Kassenzugehörigkeit ist ein stark vom Lebensalter vorgeprägtes Merkmal. Als Kind ist man in der Regel bei den Eltern mitversichert, später wird man selber Versicherungsnehmer/in. Je älter also jemand ist, desto länger kann er bereits eine Krankenversicherung abgeschlossen haben. Jüngere Personen weisen zwangsläufig eine kürzere Zugehörigkeit auf.

Auch unter Berücksichtigung dieses Zusammenhanges wird sichtbar, dass die Kundenbeziehungen im Bereiche der Krankenversicherung langdauernd sind, wie es auch aus Marktstudien der Krankenkassen bekannt ist. So liegt beispielsweise in der Gruppe der über 55jährigen der Anteil der Personen mit einer Kassenzugehörigkeit von mehr als 30 Jahren bei 54%, weitere 14% gehören zwischen 21 und 30 Jahren der gleichen Kasse an. Lediglich rund 1/3 ist seit weniger als 20 Jahren bei der gleichen Kasse.

Aufgrund des oben erwähnten Zusammenhangs kann aus den Angaben zur Zugehörigkeit zur heutigen Krankenversicherung auch nur beschränkt auf das Wechselverhalten geschlossen werden (vgl. dazu Kap. 4.6.1).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Dauer der Zugehörigkeit zu heutigen Krankenkasse sehr lang, auch wenn man berücksichtigt, dass sie stark vom Lebensalter der Personen abhängt. So haben rund 2/3 der über 55jährigen seit mehr als 20 Jahren die gleiche Krankenversicherung, gut die Hälfte sogar mehr als 30 Jahre.

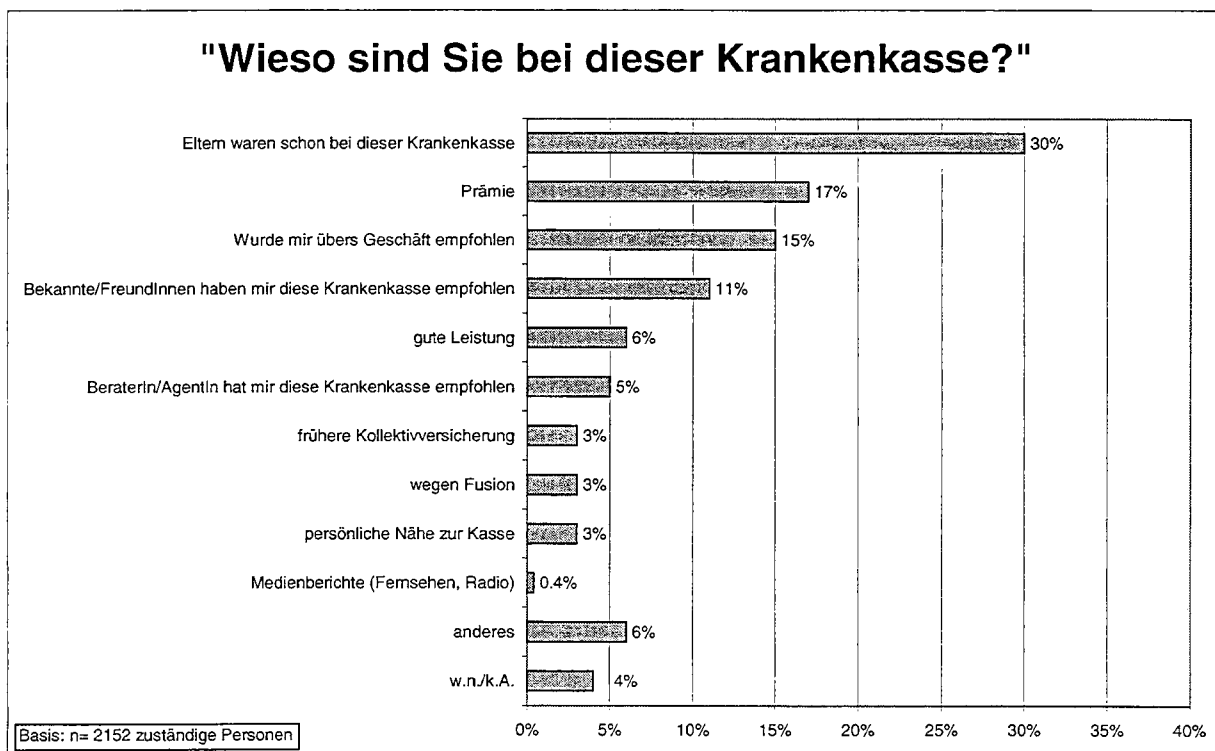
4.1.3 Gründe der Kassenzugehörigkeit

Betrachtet man nun die Gründe, aus denen die befragten Personen bei ihrer aktuellen Krankenkasse versichert sind, so fächert sich eine Palette auf. Der am häufigsten genannte einzelne Grund ist die Kassenzugehörigkeit der Eltern, welche die Versicherten übernommen haben (30%).

Insgesamt 32% geben an, ihre Krankenkasse auf Empfehlung von verschiedenen Seiten hin gewählt zu haben: auf Empfehlung von Personen aus dem beruflichen Umfeld (15%), von Bekannten oder Freunden (11%) sowie von professionellen Beratern/innen oder Versicherungsagenten/innen. Lediglich 1% der befragten Personen gibt an, ihre Krankenkasse aufgrund von Medienberichten gewählt zu haben.

17% der für die Krankenversicherung Zuständigen Personen nennen die Höhe der Prämie als Entscheidungsgrund für ihre aktuelle Krankenkasse. Im weiteren werden als Gründe genannt: gute Leistung (6%), frühere Kollektivversicherung (3%), Fusion(3%), persönliche Nähe zur Kasse (3%).

Darstellung 12: Gründe für die Wahl der aktuellen Krankenkasse



Betrachtet man die verschiedenen Sprachregionen im Hinblick auf die Gründe, die zur Wahl der Krankenkasse geführt haben, so wird deutlich, dass Deutschschweizer/innen besonders

häufig (33%) die Krankenkasse ihrer Eltern beibehalten. In der Romandie liegt dieser Anteil lediglich bei 24%, im Tessin sogar bei 19%.

In der italienischsprachigen Schweiz scheint die Empfehlung durch andere einen besonders wichtigen Grund für die Wahl der Krankenkasse darzustellen (38%).

In der Romandie hingegen kommt für einen besonders grossen Anteil der Befragten (26%) der Prämie zentrale Bedeutung für die Wahl der Krankenkasse zu, in der Deutschschweiz ist dieser Anteil besonders gering (14%).

Die Zuständigen Personen im Alter von 18-34 Jahren bzw. 35-54 Jahren begründen ihre Zugehörigkeit häufiger als die älteren (22% bzw. 20% gegenüber 11%) mit der Prämie. Der häufigste Grund der Kassenzugehörigkeit bei den jüngeren (18-34 Jahre) ist jedoch die Tatsache, dass schon die Eltern dort Mitglied waren (42%).

Die Mitgliedschaft der Eltern wird jedoch weniger in Kantonen mit hohem Prämienniveau genannt, dafür tendenziell mehr die Prämie, allerdings ist der Zusammenhang nicht signifikant.

Betrachtet man Haushalte verschiedener Grösse, so fällt auf, dass in Haushalten mit vier oder mehr Mitgliedern besonders häufig die Prämie ein Kriterium für die Kassenwahl ist. Die Prämie ist auch für die junge und mittlere Altersgruppe der Zuständigen Personen stärker von Bedeutung.

Die subjektive Prämienbelastung spielt bei den Kriterien der Krankenkassenwahl lediglich insofern eine Rolle, als Personen mit subjektiv günstigen Prämien besonders häufig ‚gute Leistung‘ angeben.

Zusammenfassend ergibt sich folgendes Bild:

Empfehlungen von anderen, Kassenzugehörigkeit der Eltern, Prämienhöhe und gute Leistungen sind die häufigsten Kriterien für die Wahl der Krankenkasse.

Während in der Deutschschweiz die Kassenzugehörigkeit der Eltern besondere Bedeutung besitzt, achten Personen aus der Romandie, wo das Prämienniveau generell höher liegt, besonders häufig auf die Höhe der Prämie. Tessiner/innen wählen am häufigsten auf Empfehlung von anderen.

In grossen Haushalten wird die Krankenkasse besonders häufig aufgrund der Höhe der Prämien gewählt. Für Junge und Personen mittleren Alters spielt die Prämie eine grössere Rolle als für die Älteren.

Andere Untergruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Kriterien für die Krankenkassenwahl nicht systematisch von der Gesamtgruppe.

4.1.4 Prämienhöhe

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, wie hoch die Prämien für die Grundversicherung für die Zuständigen Personen und für den gesamten versicherten Haushalt sind.

Dazu ist eine methodische Vorbemerkung nötig: Es ist aufgrund der Erfahrungen im Pretest zu vermuten, dass das Wissen um die Prämien nicht sehr präzise und differenziert ist. Insbesondere ist anzunehmen, dass man in erster Linie die gesamte zu bezahlende Prämie kennt. Die Aufteilung auf Grundversicherung und allfällige, vor allem Zusatzversicherung(en) mit kleinen Beträgen, dürfte demgegenüber wesentlich weniger präsent sein. Dies dürfte eher zu einer Überschätzung der Prämien führen. Auf der andern Seite dürften aber, im Falle reduzierter Prämien aufgrund erhöhter Franchisen oder anderer Rabatte sowie im Falle direkt abgezogener Prämienverbilligung²², weniger die Grundprämien, als vielmehr die netto zu bezahlenden Prämien erinnert werden. Dies dürfte eher zu einer Unterschätzung der Prämien führen. Es ist zu vermuten, dass sich diese verschiedenen Verzerrungen gegenseitig weitgehend aufheben.

Trotz dieser Unschärfe ist es sinnvoll, nach der Prämienhöhe zu fragen um zu klären, ob die Kostenwahrnehmungen der Versicherten in etwa der Realität entsprechen oder ob sie realitätsfremd sind. Dies ist im Hinblick auf die Gültigkeit und Aussagekraft der andern Aussagen bedeutsam.

4.1.4.1 Personenprämie

Die persönliche Prämie für die Grundversicherung beträgt bei den Zuständigen Personen im Durchschnitt Fr. 208, im Mittel²³ Fr. 190. Ein Viertel bezahlt Prämien bis Fr. 150, ein weiteres Viertel solche über Fr. 249. 14% können und 2% wollen keine Angabe dazu machen.

Verglichen mit der tatsächlichen Durchschnittsprämie²⁴ von Fr. 212 können die Werte insgesamt als plausibel gelten und auch die Streuung²⁵ von Fr. 93 macht Sinn. Dies bestätigt sich durch eine Analyse der angegebenen Minimal- und Maximalprämien, denn der Anteil der Prämien ausserhalb der Bandbreite ist gering. Es sind dies Prämien unter Fr. 78²⁶ (total

²² z.B. im Kanton Bern

²³ Es wird hier der Median als Mittelwert verwendet. Er bezeichnet den Wert unterhalb bzw. oberhalb dem je 50% der Werte liegen. Er teilt also die Verteilung hälftig und ist unempfindlich auf "Ausreisser" an den Skalenenden.

²⁴ Erwachsene ab 26 Jahren für das Jahr 2000

²⁵ im Sinne der Standardabweichung

²⁶ Min. Prämie im Kanton Appenzell-Innerrhoden

1.4%) und andererseits die 2 % der Angaben mit Prämien über Fr. 461²⁷. Zu hohe Prämien beziehen sich wohl nicht nur auf die Grundversicherung.

Die von den Zuständigen Personen angegebenen durchschnittlichen Monatsprämien nach Sprachregionen spiegeln das tatsächlich höhere Prämienniveau in der Romandie und im Tessin: Fr. 199 in der Deutschschweiz gegenüber Fr. 236 bzw. Fr. 239 im Tessin.

Die angegebenen durchschnittlichen Prämien für die Grundversicherung unterscheiden sich kaum nach Haushalteinkommen.

Bezogen auf die Haushaltgrösse ergeben sich an sich unplausible Unterschiede in dem Sinne, dass in grösseren Haushalten die persönlichen Prämien der Zuständigen Personen kleiner sind als in Ein-Personen-Haushalten (Fr. 182 gegenüber Fr. 224).²⁸

Auch der Siedlungstyp steht mit der Höhe der Prämie in Zusammenhang: Auf dem Land bezahlen die Befragten nach eigenen Angaben im Durchschnitt weniger für die Grundversicherung (Fr. 186) als in der Stadt (Fr 215) . Auch dieser Befund entspricht in der Tendenz der Realität, liegen doch die effektiven Prämien in städtischen Prämienregionen höher als in ländlichen.

Die subjektive Prämienbelastung spiegelt sich auch in der Angabe zur persönlichen Prämie für die Grundversicherung: Personen, die ihre Prämie als günstig empfinden, zahlen durchschnittlich Fr. 179, solche, die ihre Prämie als angemessen bezeichnen, Fr. 198 und Personen mit hohen subjektiven Prämien geben auch an, mehr zu zahlen, nämlich im Durchschnitt Fr. 224.

4.1.4.2 Haushaltsprämie

Die "Haushaltprämie" als Summe der Prämien aller seiner Mitglieder, liegt erwartungsgemäss höher, mit Ausnahme der Ein-Personen-Haushalte, bei denen sie mit Prämie der Zuständigen Person identisch ist. Die Haushaltprämie beträgt im Durchschnitt Fr. 348.

²⁷ Max. Prämie im Kanton Genf

²⁸ Eine mögliche Erklärung: In grösseren Haushalten werden systematischer Vergünstigungen genutzt, die zu tieferen Prämien führen, und es werden diese effektiv zu zahlenden Prämien erinnert und weniger die Grundprämien.

Die bekannten, unterschiedlichen Prämien zwischen der Deutschschweiz einerseits und der französischen und italienischen Schweiz andererseits werden auch hier sichtbar: Die durchschnittliche Gesamtbelastung des Haushaltes liegt in der Deutschschweiz rund Fr. 60 tiefer.

Die übrigen Unterschiede entsprechen den Erwartungen. Sehr deutlich zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Haushaltbelastung total und der subjektiv beurteilten Prämienbelastung. Haushalte, die ihre Prämienbelastung als gering bezeichnen, geben an ihre monatliche Haushaltsprämie mit Fr. 278 an, Haushalte mit hoher subjektiver Prämienbelastung mit Fr. 413.

Darstellung 13: Durchschnittliche Haushaltsprämie nach Prämienbelastung

Prämienbelastung	Durchschnittliche Haushaltsprämie (in Fr. pro Monat)
günstig	278.-
angemessen	331.-
hoch	413.-

An sich nicht den Erwartungen entspricht, dass die durchschnittliche Haushaltsprämie mit dem Haushalteinkommen ansteigt, da einkommensstarke Haushalte eher kleiner sind. Wie schon zu Beginn von Abschnitt 4.1.4 gesagt, erklärt sich der Sachverhalt vermutlich dadurch, dass man eher die tatsächlich zu bezahlenden Monatsbeiträge erinnert als die Grundprämien. Und erstere sind in einkommensstarken Haushalten grösser, da diese eher Zusatzversicherungen besitzen (vgl. Darstellung 19) und möglicherweise auch eher weniger Rabatte suchen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die von den Zuständigen Personen genannten durchschnittlichen Monatsprämie realistisch sind und in etwa der Durchschnittsprämie für das Jahr 2000 entsprechen. Nur rund ein Fünftel der Zuständigen Personen macht keine (16%) oder unplausible Angaben (3%).

In Übereinstimmung mit den tatsächlichen Prämienkosten werden besonders hohe Personenprämien angegeben von:

- Romands/es und Tessiner/innen
- Personen aus Haushalten mit hohem Einkommen
- Städtern/innen
- Personen mit subjektiv hoher Prämienbelastung

Unterdurchschnittliche Prämien bezahlen entsprechend den tatsächlichen Gegebenheiten:

- Deutschschweizer/innen
- Personen aus grossen Haushalten
- Personen aus ländlichen Gebieten
- Personen mit subjektiv geringer Prämienbelastung

4.1.5 Verbreitung verschiedener Versicherungsmodelle

Im Folgenden wird dargestellt, wie verbreitet verschiedene Versicherungsmodelle²⁹ bei den befragten Haushalten sind. Weiter wird der Umgang mit dem häufigsten Modell beschrieben.

Die Grundversicherung kennt in Erweiterung des Grundangebotes vier mögliche Varianten der Versicherung:

- Bonusversicherung
- HMO-Versicherung
- Hausarztversicherung
- Versicherung mit höherer Franchise

59% aller Haushalte haben für sich eine der vier Möglichkeiten gewählt. Es zeigen sich keine sprachregionalen Unterschiede, aber der Anteil der Nutzung ist grösser bei einkommensstärkeren und grösseren Haushalten sowie bei den Haushalten der jungen und mittleren Altersgruppe.

Die Nutzung beschränkt sich vorwiegend auf ein Modell, nämlich die Versicherung mit höherer Franchise, 48% aller Zuständigen Personen haben eine solche für sich gewählt. Zudem haben 32% der Zuständigen Personen eine höhere Franchise für die anderen Haushaltmitglieder gewählt haben. Die mit 32% tiefere Häufigkeit der Nennung "für die

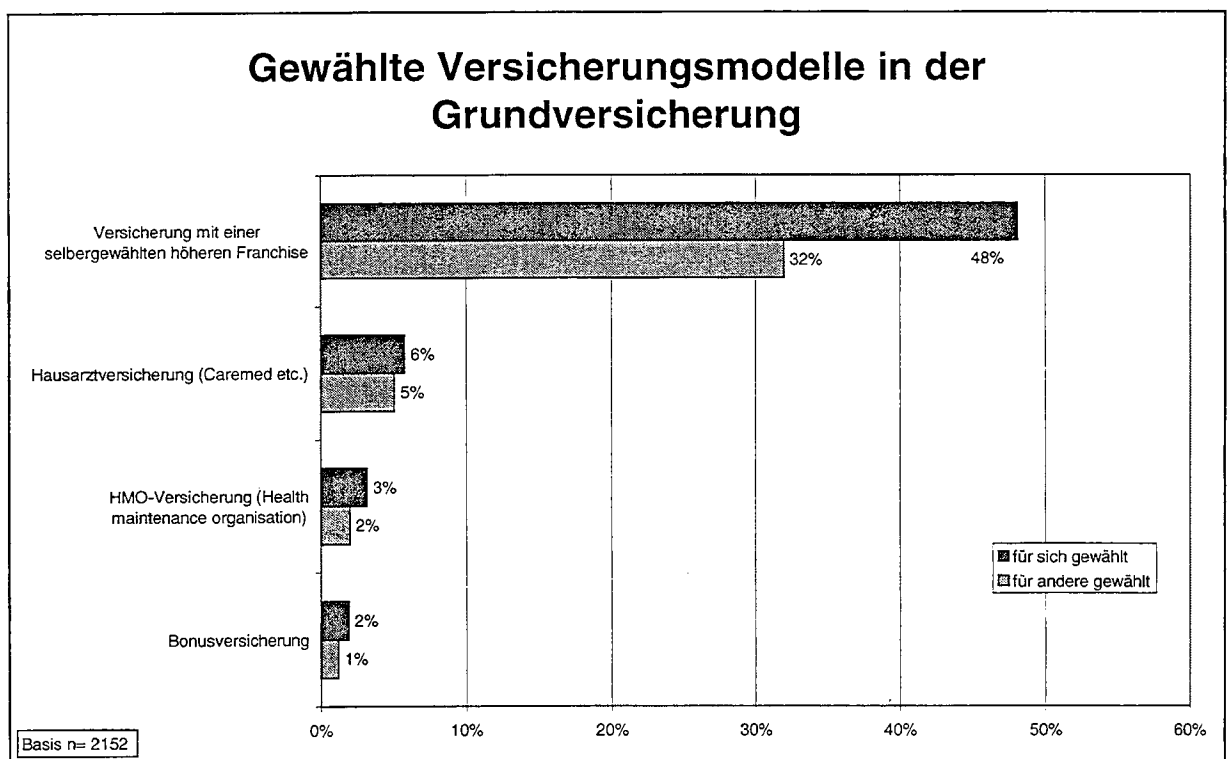
²⁹ vgl. dazu auch den Forschungsbericht Nr. 1/98: Prognos AG: Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht.

andern Haushaltmitglieder" rührt stark daher, dass rund 1/3 aller Haushalte Ein-Personen-Haushalte sind, in denen die Zuständigen Personen nur für sich handeln. Der Entscheid für eine höhere Franchise wird meist für den ganzen Haushalt getroffen.

Betrachtet man die Modellwahl bezogen nur auf die Haushalte, in denen überhaupt eines der Modelle gewählt wurde, wird die Spitzenposition der freiwählbaren Franchise noch deutlicher sichtbar:

- Versicherung mit einer selber gewählten höheren Franchise 82%
- Hausarztversicherung 10%
- HMO-Versicherung 5%
- Bonusversicherung 3%

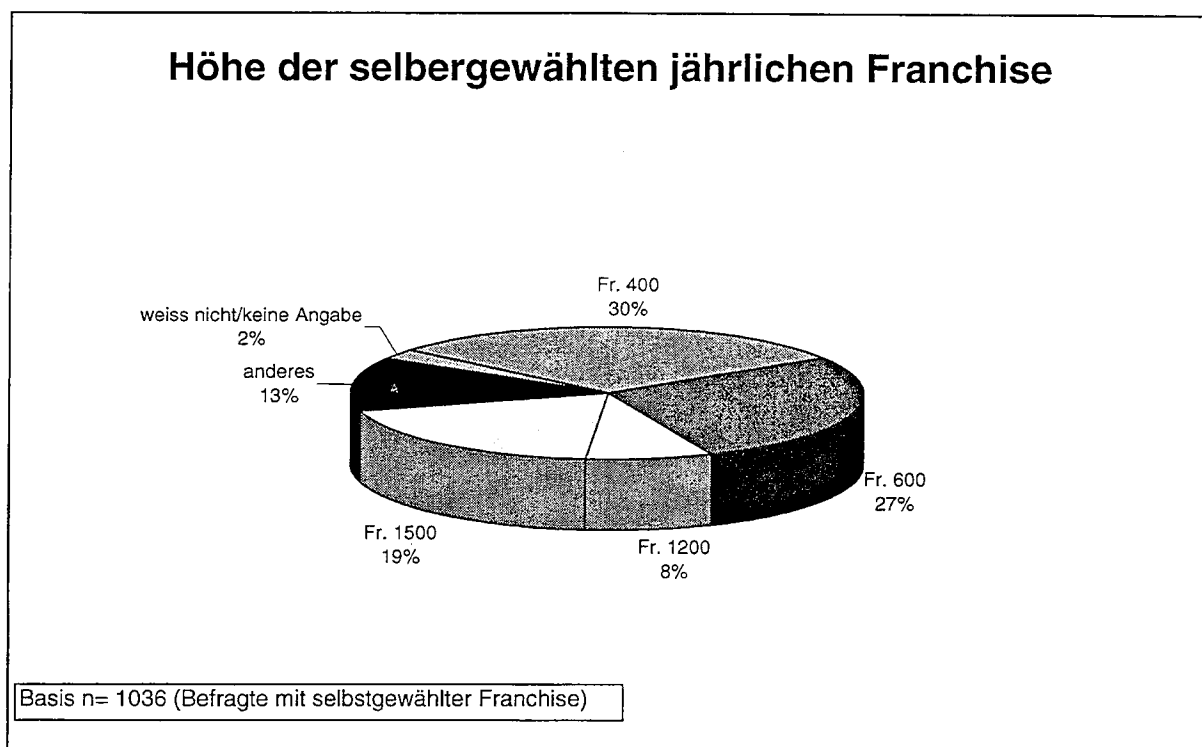
Darstellung 14: Gewählte Modelle in der Grundversicherung



Die sprachregionalen Unterschiede sind gering. Lediglich die etwas stärkere Nutzung der Hausarztversicherung in der deutschen Schweiz ist erwähnenswert. Zudem wird das Franchisemodell von einkommensstärkeren und grösseren Haushalten sowie von Haushalten der mittleren Altersgruppe eher genutzt.

Die Franchise wird am häufigsten (30%) auf Fr. 400 erhöht, weitere 27% haben sie auf Fr. 600 festgelegt. Eine Franchise von Fr. 1'200 haben nur 8% gewählt, während das Maximum von Fr. 1'500 wieder häufiger (19%) gewählt wird.

Darstellung 15: Franchisehöhe



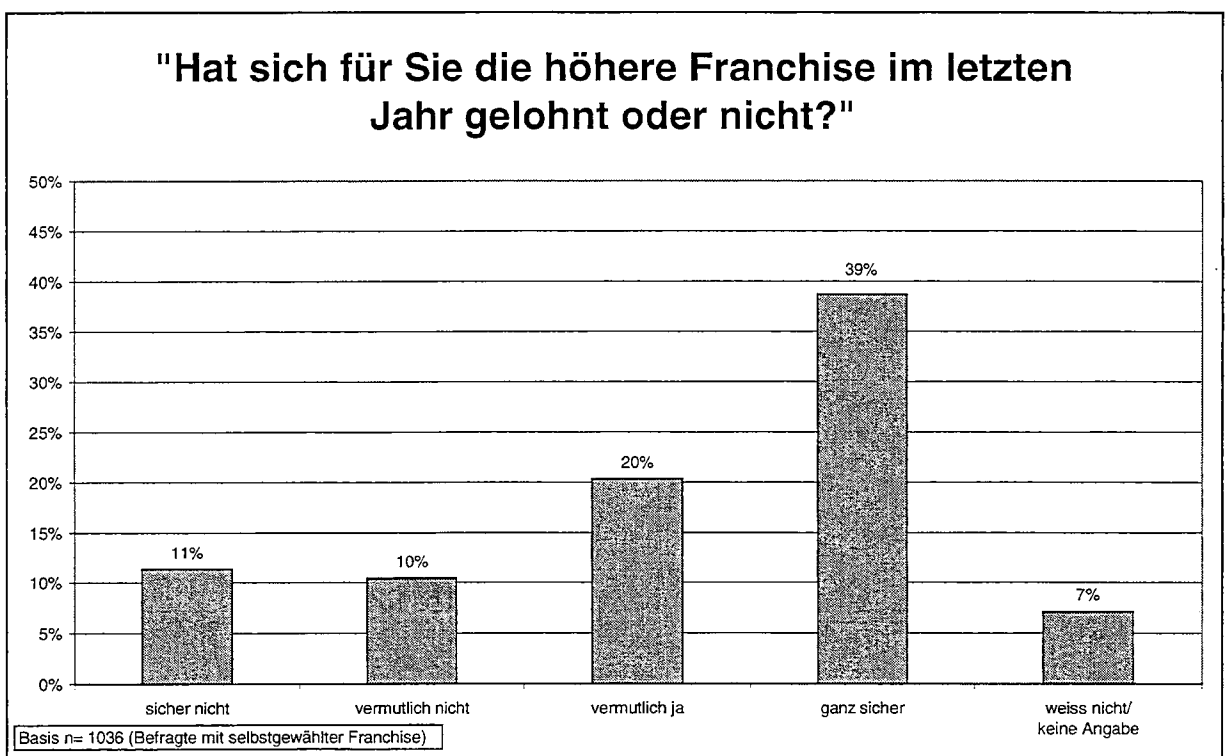
Im sprachregionalen Vergleich zeigt sich, dass in der Deutschschweiz eher kleinere Franchisen, in der französischen und italienischen Schweiz hingegen eher hohe Franchisen gewählt werden. Jüngere Haushalte wählen eher die maximale Franchise von Fr. 1'500, während ältere überdurchschnittliche die Franchise nur auf Fr. 400 erhöhen. In Kantonen mit hohem Prämienniveau werden überdurchschnittlich häufig Franchise von Fr. 1'200 oder Fr. 1'500 gewählt.³⁰ Andere Unterschiede sind nicht erkennbar.

³⁰ vgl. dazu: Eberhard, Peter: Die wählbaren Franchisen in der Krankenversicherung, Soziale Sicherheit (Zeitschrift des Bundesamtes für Sozialversicherung), 6/2000, S. 331-334

Nach Meinung der Zuständigen Personen, die eine Versicherung mit erhöhter Franchise abgeschlossen haben, hat sich für sie selber die erhöhte Franchise gelohnt: 39% sind ganz sicher, weitere 20% vermuten es³¹:

Je jünger die Haushalte sind, desto eher sind sie der Meinung, dass es sich gelohnt hat, während ältere Haushalte überdurchschnittlich eine ausgeglichene Bilanz annehmen bzw. es nicht wissen.

Darstellung 16: Beurteilung der Franchiseerhöhung



Die Mehrheit der Zuständigen Personen schickt jeweils ihre Arzt- und Medikamentenrechnungen an die Krankenkasse weiter, sobald sie bei ihnen eintreffen.

Haushalte in der Romandie senden ihre Rechnungen häufiger nicht sofort zurück (32% gegenüber 17% in der Gesamtgruppe). Einkommensstärkere Haushalte sowie Haushalte, die ihre Prämienbelastung als gering betrachten, verhalten sich ähnlich (23% bzw. 33% gegenüber 17%).

³¹ Systematische Unterschiede nach Subgruppen sind nicht erkennbar.

Darstellung 17: Weiterleitung von Rechnungen



Zusammenfassend kann gesagt werden, dass über die Hälfte der Haushalte ein spezielles Versicherungsmodell gewählt hat, wobei die Franchisenerhöhung am häufigsten ist. Meist wird die Franchise nur geringfügig erhöht; dies zeigt sich vor allem in der Deutschschweiz. Seltener werden hohe Franchisen gewählt; dies vor allem in der Romandie und im Tessin. Die Zufriedenheit mit dem Modell erhöhter Franchise ist recht gut.

4.1.6 Zusatzversicherungen

Zusatzversicherungen sind häufig: Im Durchschnitt gibt es in 76% der befragten Haushalte Personen, die eine Zusatzversicherung abgeschlossen haben.

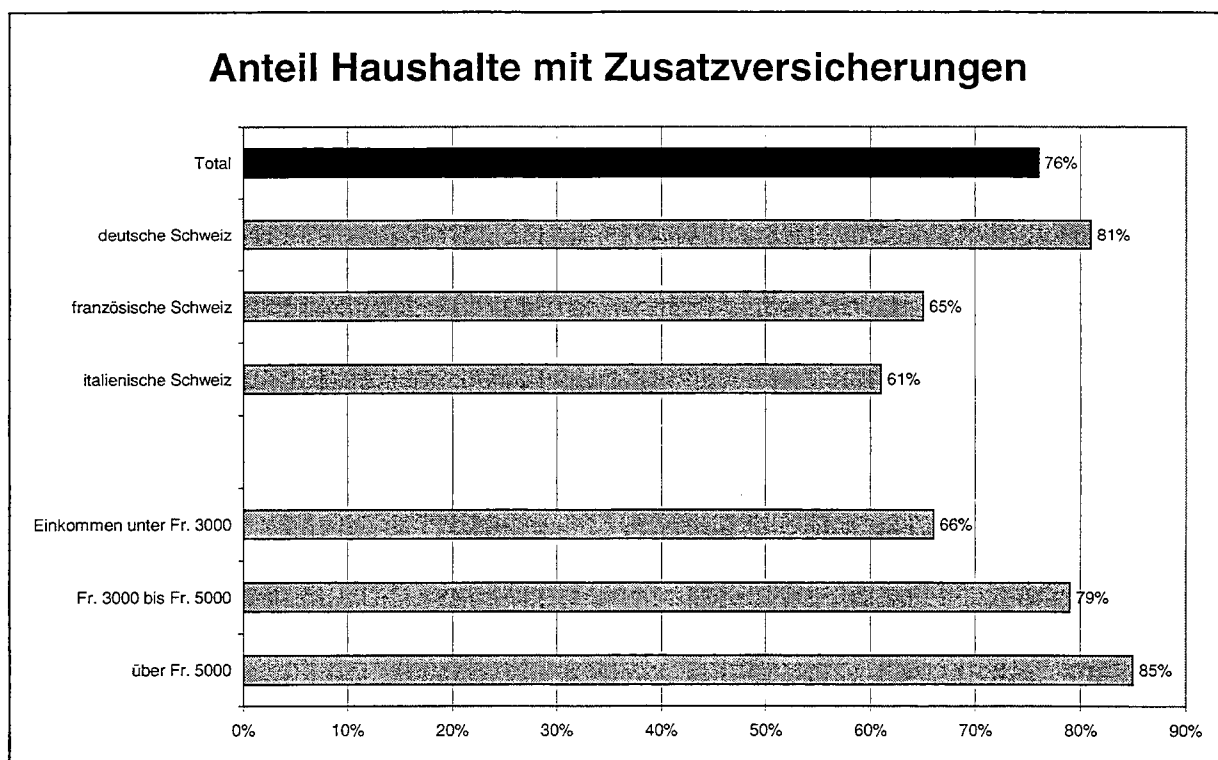
Die Quote der Personen mit Zusatzversicherungen ist bei den Ein-Personen-Haushalten mit 71% am geringsten und steigt bei den grossen Haushalten auf 82%.

Darstellung 18: Verbreitung von Zusatzversicherungen

Anzahl Personen mit Zusatzversicherung	Haushaltsgrösse			
	1 Person	2 Personen	3 Personen	4 Personen oder mehr
niemand	29	23	22	18
1 Person	71	25	14	8
2 Personen		52	22	12
3 Personen			42	5
4 oder mehr Personen				57
Total	100	100	100	100

Nach Sprachregionen ist der Anteil der Haushalte mit Zusatzversicherung stark unterschiedlich: 65% in der französischen bzw. 61% in der italienischen Schweiz gegenüber 81% in der deutschen Schweiz. Erwartungsgemäss haben einkommensschwächere Haushalte tendenziell eher keine Zusatzversicherungen:

Darstellung 19: Zusatzversicherungen nach Regionen und Hauhalteinkommen

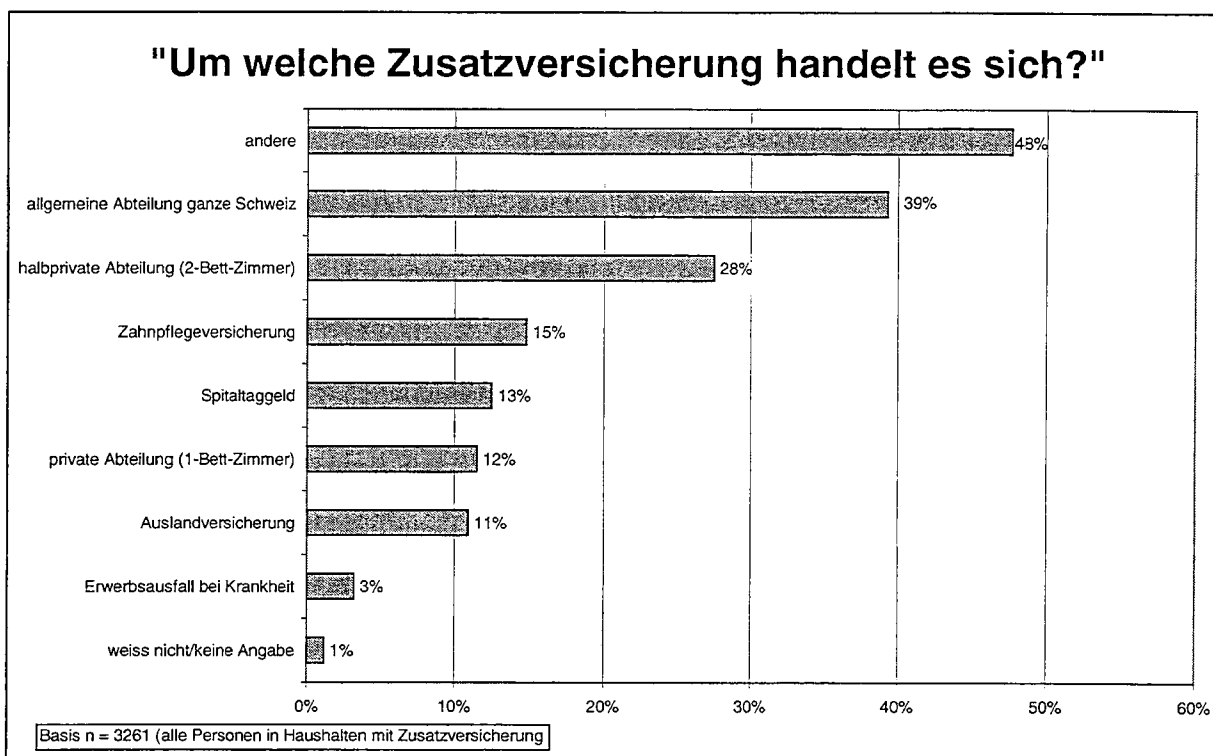


Die 2152 Haushalte der Stichprobe umfassen 4941 Personen. Von diesen 4941 Personen haben 66% eine Zusatzversicherung abgeschlossen.

Unter den namentlich gefragten Zusatzversicherungen gibt es zwei klare Spitzenreiter: einmal "allgemeine Spitalabteilung ganze Schweiz" und die prämienmässig bedeutsame "halbprivate Spitalabteilung".

Die hohe Zahl von "andere" erklärt sich durch die verbreiteten kostengünstigen Zusatzversicherungen für Alternativmedizin oder für Übernahme diverser Leistungen (Prävention, Transport, Brille etc).

Darstellung 20: Arten der Zusatzversicherungen auf Personenebene



Die Art der abgeschlossenen Zusatzversicherungen variiert nicht nach Geschlecht, sondern nur nach Alter und zwar im erwarteten Sinne:

Ältere Personen sind im Spital eher halbprivat oder privat versichert und haben auch eher ein Spitaltaggeld.

Darstellung 21: Zusatzversicherungen nach Alter

Art der Versicherung (Häufigkeit total in %)	überdurchschnittlich häufig bei der Gruppe ...	unterdurchschnittlich häufig bei der Gruppe ...
allgemeine Spitalabteilung Schweiz (39%)	35-54jährige (44%)	über 55jährige (31%)
halbprivate Spitalabteilung (28%)	über 55jährige (39%)	bis 34jährige (19%) 35-54jährige (22%)
Zahnpflegeversicherung (15%)	35-54 jährige (18%)	über 55jährige (9%)
Spitaltaggeld (13%)	über 55jährige (17%)	bis 34jährige (9%) 35-54jährige (11%)
Private Spitalabteilung (12%)	über 55jährige (18%)	bis 34jährige (6%) 35-54jährige (9%)
Auslandversicherung (11%)	–	–
Erwerbsausfall bei Krankheit (3%)	–	–
andere (48%)	bis 34jährige (55%) 35-54jährige (51%)	über 55jährige (40%)

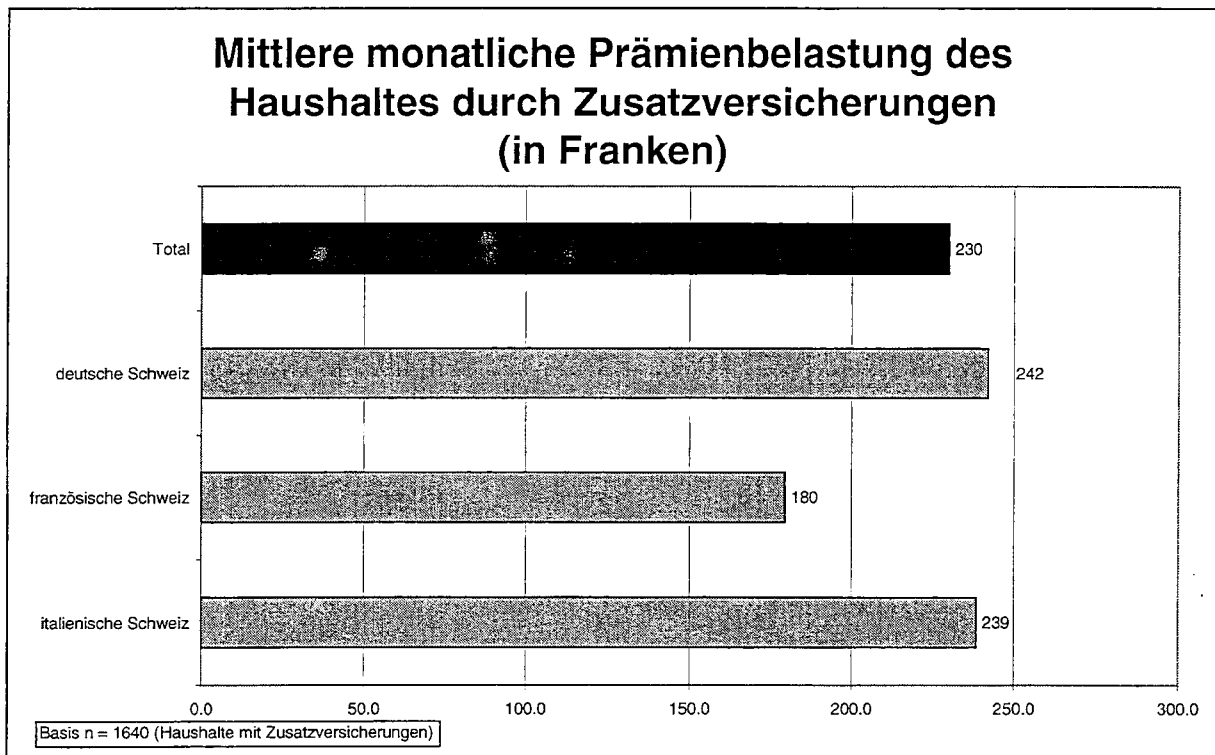
Die meisten Haushalte haben alle ihre Zusatzversicherungen bei der Kasse abgeschlossen, bei der sie grundversichert sind, nämlich 93%. Die meisten (85%) haben dies im Wissen getan, dass es möglich ist, für Grund- und Zusatzversicherung verschiedene Kassen zu haben.

Die monatliche Gesamtbelastung der Haushalte durch Zusatzversicherungen beläuft sich im Mittel auf Fr. 230.–³². Rund 1/5 der Zuständigen Personen kennt die Belastung überhaupt nicht und kann auch keine Schätzung vornehmen.

Die Unterschiede zwischen den Sprachregionen sind beträchtlich: Rund Fr. 60 pro Monat weniger geben die Haushalte in der französischen Schweiz aus.

³² Die Quartilswerte liegen bei Fr. 70 und Fr. 300.

Darstellung 22: Monatliche Gesamtbelastung der Haushalte durch Zusatzversicherungen nach Sprachregionen



Nach Haushaltseinkommen und Prämienbelastung zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede, dass Ein-Personen-Haushalte monatlich rund Fr. 70 weniger zahlen als andere ergibt sich daraus, dass sie eben nur eine Person umfassen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Zusatzversicherungen häufig abgeschlossen werden, und zwar meist bei derselben Kasse wie die Grundversicherung.

Besonders häufig Zusatzversicherungen haben: Deutschschweizer und grosse Haushalte, eher selten hingegen einkommensschwache Haushalte.

Die häufigsten Zusatzversicherungen sind allgemeine Spitalabteilung Schweiz und halbprivate Spitalabteilung. Ältere Personen sind im Spital eher halbprivat oder privat versichert und haben auch eher ein Spitaltaggeld.

4.1.7 Prämieinschätzung

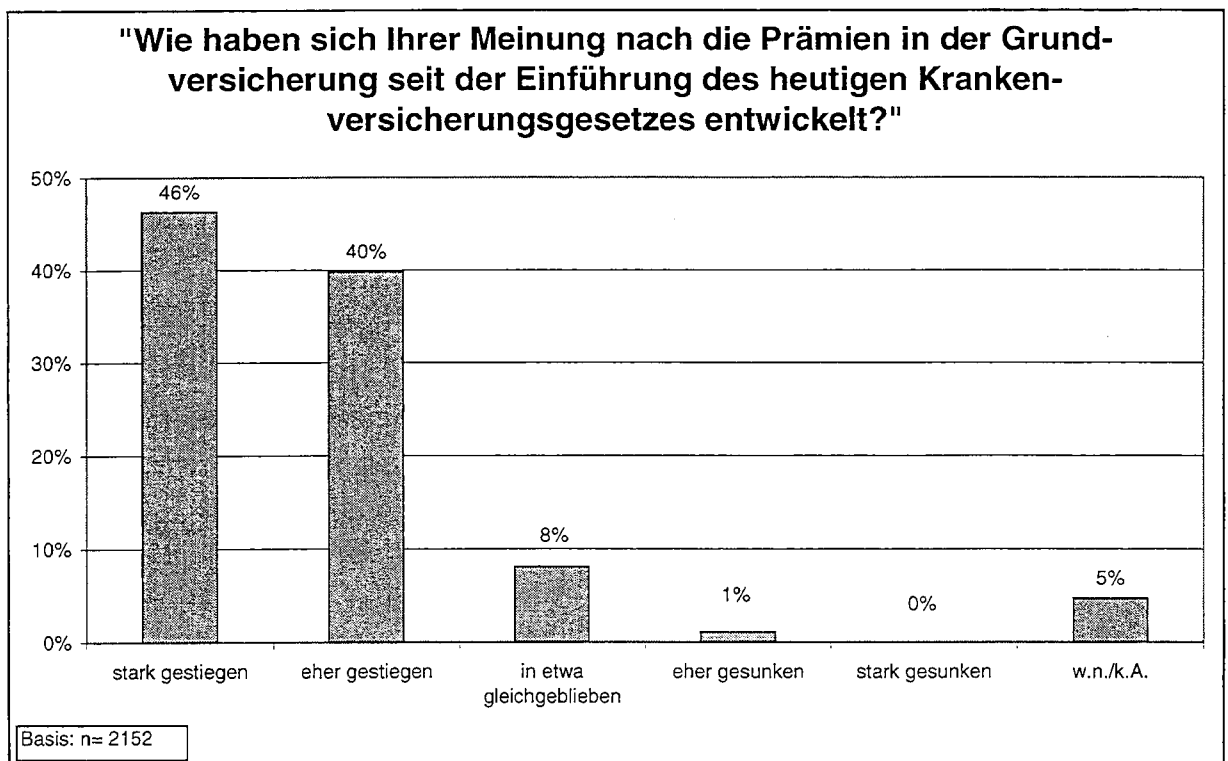
Im folgenden Kapitel wird der Frage nachgegangen, wie die für die Grundversicherung Zuständigen Personen die Prämienentwicklung seit der Einführung des KVG beurteilen (4.1.7.1) und wie sie ihre Prämienhöhe im Vergleich zu anderen Kassen (4.1.7.2) sowie im Verhältnis zu den abgedeckten Leistungen (4.1.7.3) einschätzen. Weiter wird die wahrgenommene finanzielle Belastung der Haushalte durch die Grundversicherungs-Prämien dargestellt.

4.1.7.1 Beurteilung der Prämienentwicklung seit der Einführung des KVG

Die Zuständigen Personen wurden gefragt, wie sich ihrer Meinung nach die Prämien seit der Einführung des heutigen Krankenversicherungsgesetzes entwickelt haben.

Fast die Hälfte der Befragten (46%) hat den Eindruck, die Prämien seien stark gestiegen, weitere 40% denken, sie seien eher gestiegen. 8% sind der Meinung, die Prämien seien in etwa gleich geblieben und lediglich 1% denkt, sie seien eher gesunken.

Darstellung 23: Beurteilung der Prämienentwicklung seit der Einführung des KVG



Lediglich die Sprachregionen und die subjektive Prämienbelastung stehen mit dieser Einschätzung in systematischem Zusammenhang.

Während Deutschschweizer/innen häufig der Meinung sind, die Prämien seien seit der Einführung des KVG eher gestiegen (44% versus 40% in der Gesamtgruppe), denken Befragte aus der Romandie und aus dem Tessin mehrheitlich, die Prämien seien massiv gestiegen (56% bzw. 60% versus 46% in der Gesamtgruppe).

Personen mit subjektiv hoher Prämienbelastung schätzen den Prämienanstieg besonders häufig als drastisch ein (57%), solche mit geringer Belastung besonders selten (31%). Personen mit angemessenen Prämien denken häufiger, diese seien eher gestiegen (48%).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Prämienentwicklung von der überwiegenden Mehrheit der Befragten als ungünstig angesehen wird.

Besonders negativ wird die Prämienentwicklung beurteilt durch:

- Romands/es und Tessiner/innen
- Personen mit subjektiv hoher Prämienbelastung

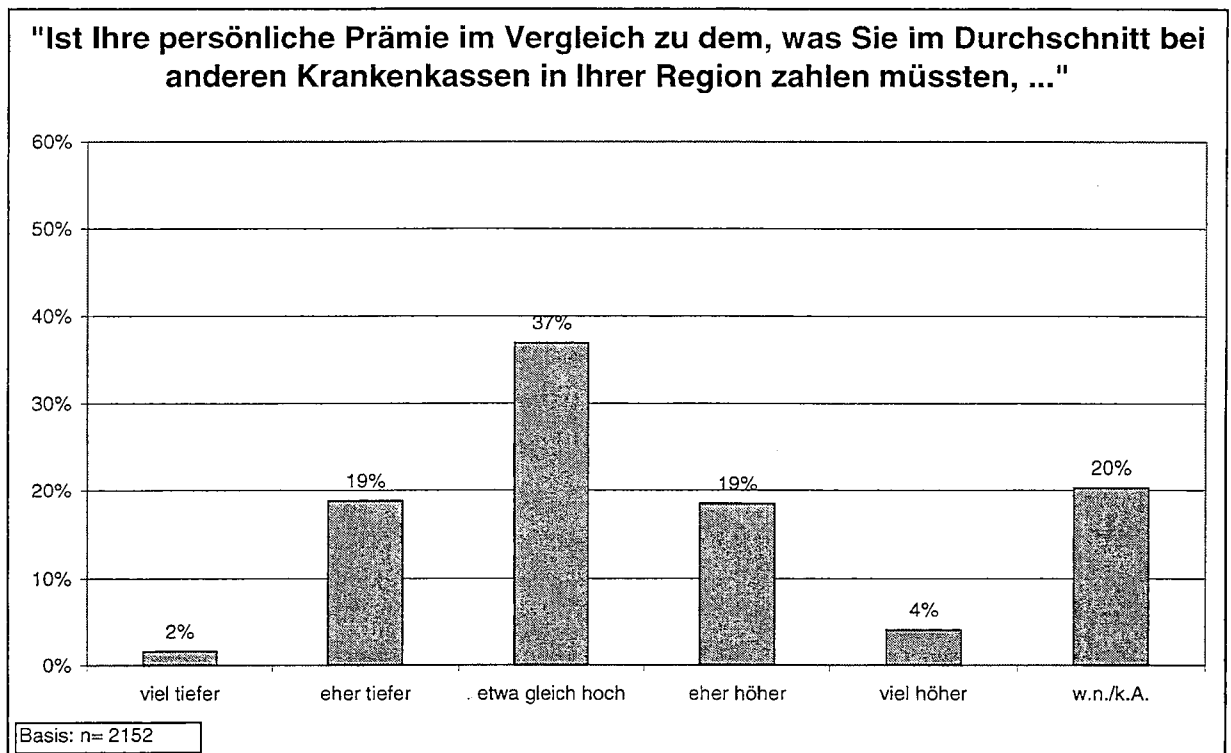
4.1.7.2 Einschätzung der Prämienhöhe im Vergleich zu anderen Kassen

Die Zuständigen Personen wurden weiter gefragt, ob sie ihre persönliche Prämie im Vergleich zu dem, was sie bei anderen Krankenkassen in ihrer Region zahlen müssten, höher, gleich hoch oder tiefer einschätzten³³.

Insgesamt 37% der Befragten sind der Meinung, ihre Prämie sei etwa gleich hoch wie bei anderen Kassen in der Region. Ein Fünftel (20%) schätzt ihre Prämie als eher oder bedeutend tiefer ein, knapp ein Viertel (23%) als eher oder viel höher als bei den übrigen Krankenkassen. Ein Fünftel (20%) der Befragten kann zu dieser Frage keine Angaben machen.

³³ Auf einer 5stufigen Skala: 2 = ‚viel höher‘, 1 = ‚eher höher‘, 0 = ‚etwa gleich hoch‘, -1 = ‚eher tiefer‘, -2 = ‚viel tiefer‘.

Darstellung 24: Einschätzung der persönlichen Prämie im Vergleich zu anderen Kassen



Betrachtet man die Untergruppen im Vergleich zu dieser Gesamtverteilung, so ergibt sich folgendes Bild:

Sprachregionen: In der Romandie ist der Anteil Personen, die ihre Prämie als viel höher im Vergleich zu anderen Kassen einschätzt, besonders grösser als in der Deutschschweiz (6% versus 3%), jedoch auch derjenige, der die Prämie als eher tiefer empfindet (24% versus 18%). Im Tessin können besonders viele Befragte keine Angabe hierzu machen (27% gegenüber 16% in der Deutschschweiz).

Haushaltstyp: Alleine lebende Personen schätzen ihre Prämie im Vergleich zu anderen Krankenkassen seltener als die Gesamtgruppe tiefer ein (15% versus 19%), Drei- und Vier-Personen-Haushalte jedoch häufiger (24% bzw. 25%).

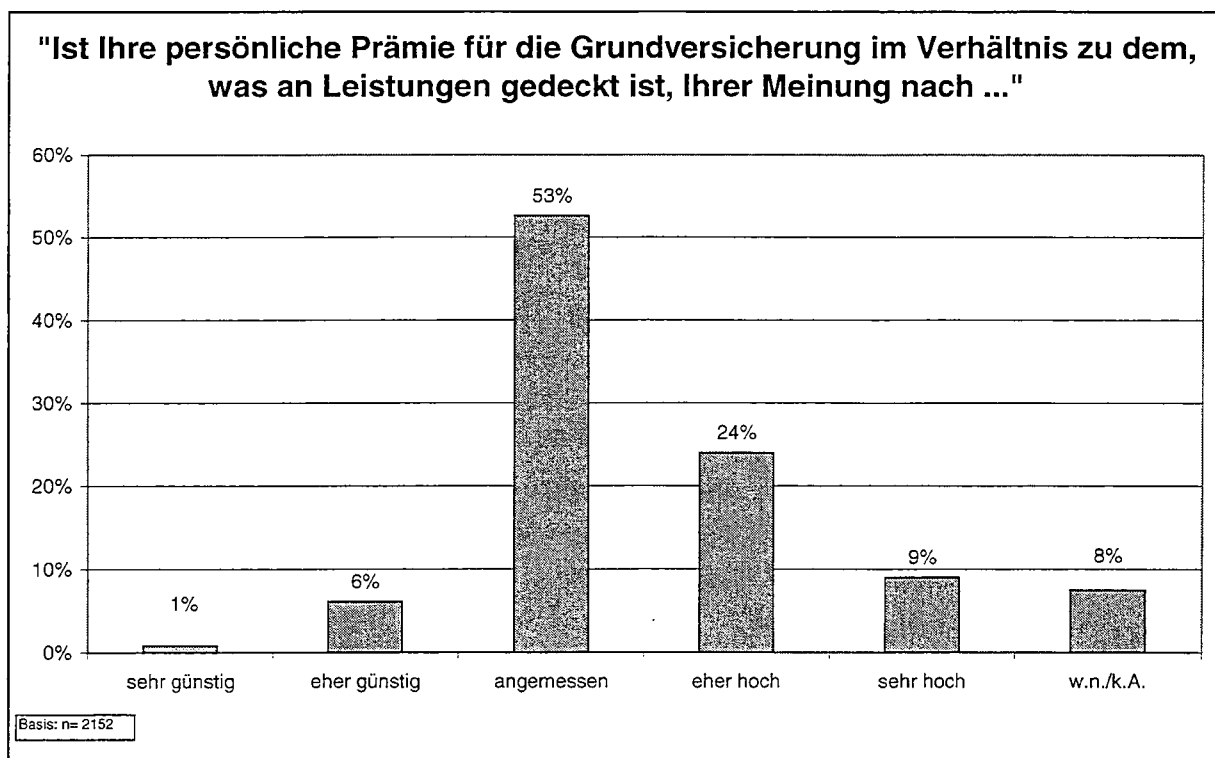
Jüngere Haushalte beurteilen ihre Prämie (bezogen auf den Durchschnitt bei andern Kassen) im Vergleich zu älteren Haushalten häufiger als "eher tiefer" (24% gegenüber 14%). Wie zu erwarten schätzen Personen, die ihre Prämienbelastung als hoch empfinden, auch ihre Prämie im Vergleich zu anderen Kassen häufiger als höher oder viel höher ein (28% versus 23% in der Gesamtgruppe) – und umgekehrt.

Im übrigen gibt es keine systematischen Zusammenhänge mit der Einschätzung der persönlichen Prämienhöhe im Vergleich zu anderen Kassen.

4.1.7.3 Einschätzung der Prämienhöhe im Vergleich zur Leistung

Auf die Frage, ob die persönliche Prämie im Vergleich zur Leistung günstig, angemessen oder hoch sei³⁴, gab über die Hälfte der Befragten an, sie sei angemessen (53%), ein Drittel empfindet die Prämie im Vergleich zur Leistung als eher oder sehr hoch (33%), 7% als eher oder sehr günstig. 8% der Befragten können keine solche Einschätzung vornehmen.

Darstellung 25: Einschätzung der persönlichen Prämie im Vergleich zur Leistung



Romands/es und Tessiner/innen empfinden das Prämien-Leistungs-Verhältnis besonders häufig als ungünstig (45% bzw. 50% gegenüber 28% in der Deutschschweiz) Deutschschweizer/innen besonders häufig als angemessen (57% versus 43% in der Romandie bzw. 38% im Tessin).

³⁴ Auf einer 5stufigen Skala: 2 = ‚sehr günstig‘, 1 = ‚eher günstig‘, 0 = ‚angemessen‘, -1 = ‚eher hoch‘, -2 = ‚sehr hoch‘.

Wie zu erwarten schätzen die Befragten die Prämienbelastung und das Prämien-Leistungs-Verhältnis ähnlich ein: Personen mit hoher Prämienbelastung empfinden das Verhältnis häufiger als ungünstig (48% versus 33% in der Gesamtgruppe). Personen mit angemessener oder geringer Prämienbelastung bezeichnen die Prämie im Vergleich zur abgedeckten Leistung häufig ebenfalls als angemessen (63% versus 53%) oder günstig (16% versus 7%).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Grundversicherungs-Prämie von gut einem Drittel der Befragten als vergleichbar mit den Prämien anderer Kassen angesehen wird, von knapp einem Viertel als höher und von einem Fünftel als tiefer. Das Prämien-Leistungs-Verhältnis wird von über der Hälfte der Befragten als angemessen empfunden, von einem Drittel als ungünstig und von einer kleinen Minderheit als günstig.

Nach Subgruppen ergeben sich folgende Unterschiede:

- Romands/es und Tessiner/innen schätzen die Grundversicherungs-Prämie ihrer Kasse im Vergleich zu anderen Kassen besonders häufig als höher ein und empfinden das Prämien-Leistungs-Verhältnis häufiger als ungünstig.
- Grosse Haushalte nehmen die Prämien ihrer Kasse im Vergleich zu anderen besonders günstig wahr.
- Gutverdienende empfinden das Prämien-Leistungsverhältnis besonders häufig als angemessen.
- Grosse subjektive Prämienbelastung geht mit einer ungünstigen Einschätzung der Prämienhöhe im Vergleich zu anderen Kassen und im Vergleich zur Leistung einher.

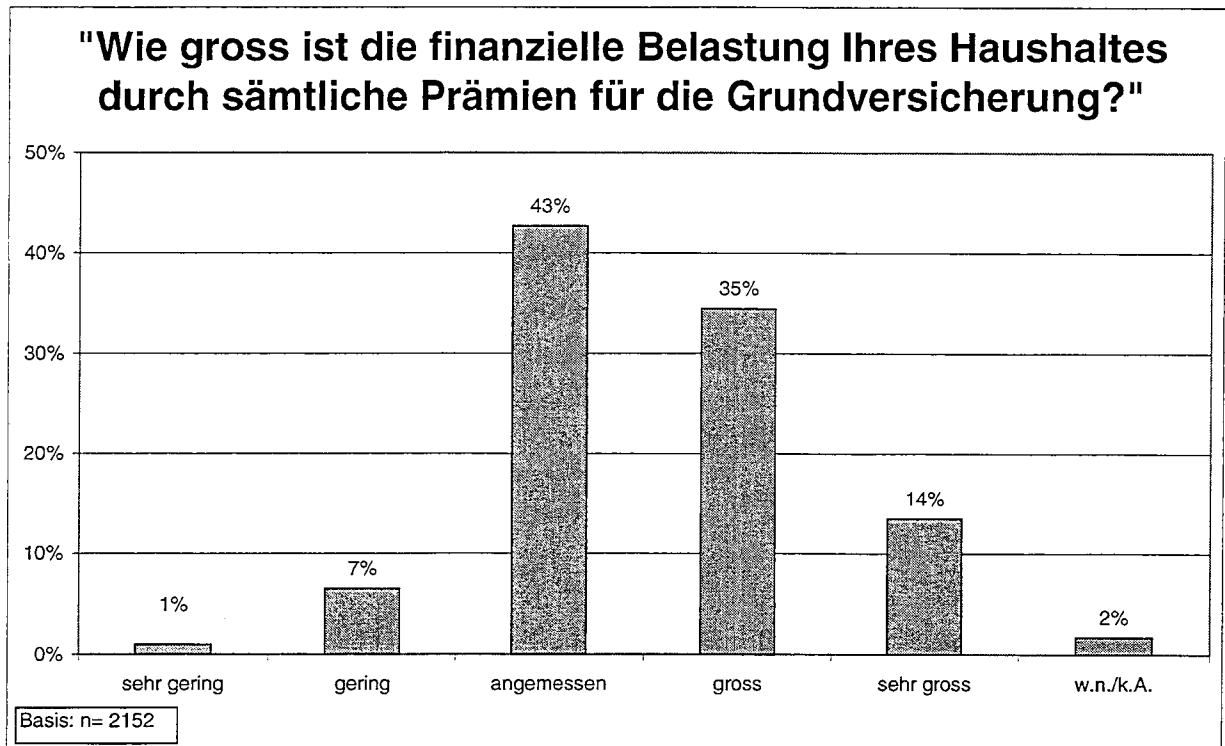
4.1.7.4 Einschätzung der finanziellen Belastung

Weiter wurden die für die Krankenversicherung Zuständigen Personen gefragt, wie gross sie die finanzielle Belastung ihres Haushaltes durch sämtliche Prämien für die Grundversicherung einschätzten³⁵.

Knapp die Hälfte der Befragten (48%) empfindet die finanzielle Belastung als gross oder sehr gross. 43% bezeichnen die Belastung als angemessen, 8% hingegen als gering oder sehr gering. 2% können dazu keine Angabe machen. Die mittlere Einschätzung liegt mit 0.5 Punkten zwischen ‚angemessen‘ und ‚gross‘.

³⁵ Auf einer 5stufigen Skala: +2 = ‚sehr gross‘, +1 = ‚gross‘, 0 = ‚angemessen‘, -1 = ‚gering‘, -2 = ‚sehr gering‘.

Darstellung 26: Einschätzung der finanziellen Belastung des Haushaltes durch die Grundversicherungs-Prämien



Erneut zeigt sich, dass Romands/es sich besonders häufig durch die Prämien belastet fühlen (65% gegenüber 43% in der deutschen Schweiz), auch Tessiner/innen empfinden sich im Mittel belasteter als die Deutschschweizer/innen (53%). Da das Prämieniveau in der Romandie und im Tessin im Durchschnitt höher ist als in der Deutschschweiz, ist die Wahrnehmung durchaus realistisch.

Wie zu erwarten zeigen sich Haushalte mit niedrigem Einkommen besonders stark belastet (MW 0.8)³⁶, solche mit hohem Einkommen besonders wenig (MW 0.1)

Grosse Haushalte stehen unter einer stärkeren subjektiven Belastung (62% grosse Belastung) durch die Grundversicherungsprämien als Ein-Personen-Haushalte (42%) oder die Gesamtgruppe (49%).

³⁶ Mittelwert auf einer 5stufigen Skala: +2 = ‚sehr gross‘, +1 = ‚gross‘, 0 = ‚angemessen‘, -1 = ‚gering‘, -2 = ‚sehr gering‘.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die finanzielle Belastung durch die Grundversicherungs-Prämien von knapp der Hälfte der Befragten als gross eingeschätzt wird, von 43% als angemessen.

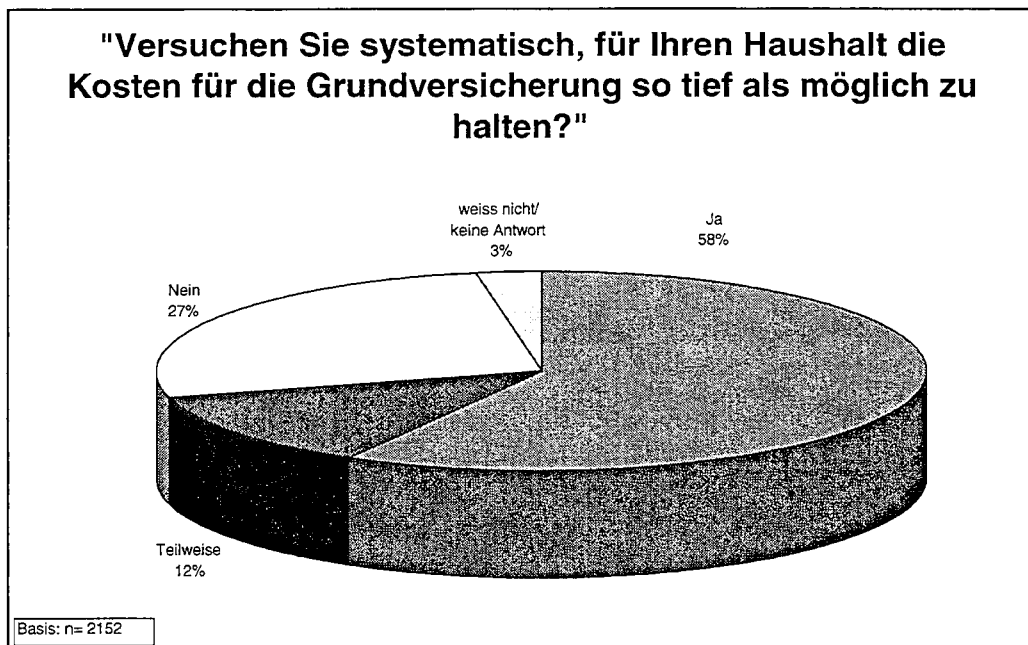
Besonders belastet fühlen sich:

- Romands/es und Tessiner/innen
- Haushalte mit niedrigem Einkommen
- Grosse Haushalte

4.1.8 Systematisches Kostenmanagement für die Grundversicherung

Weiter wurden die für die Krankenversicherung Zuständigen Personen gefragt, ob sie systematisch versuchten, die Kosten für die Grundversicherung des Haushaltes so tief als möglich zu halten, d.h. die Prämienkosten zu senken.

Darstellung 27: Versuch zur systematischen Kosteneinsparung in der Grundversicherung



Insgesamt versucht über die Hälfte der Befragten (58%), systematisch Kosten einzusparen, 13% tun dies teilweise, während gut ein Viertel (27%) keine solchen Anstrengungen unternimmt.

Sprachregionen: Romands/es und Tessiner/innen unternehmen nach eigenen Angaben häufiger gezielte Sparversuche als Deutschschweizer/innen (69% bzw. 73% versus 55%), entsprechend unterlassen Deutschschweizer/innen solche Versuche häufiger (30% versus 19% bzw. 11% in der Romandie bzw. im Tessin).

Personen aus Haushalten mit niedrigem Einkommen versuchen häufiger, gezielt die Kosten tief zu halten (65%), solche mit hohem Einkommen unterlassen häufiger systematische Anstrengungen (36%).

Besonders häufig geben Personen mit subjektiv hoher Prämienbelastung an (63%), sie versuchten, die Kosten tief zu halten, besonders selten solche mit niedriger Prämienbelastung (45%). Personen mit angemessener Prämienbelastung betreiben ebenfalls besonders häufig keine systematische Kosteneinsparung.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass über die Hälfte der Befragten systematisch versucht, die Kosten für die Grundversicherung tief zu halten und somit Prämien zu sparen, gut ein Zehntel tut dies teilweise, während über ein Viertel keine solchen Anstrengungen unternimmt.

Systematische Versuche zur Prämiensenkung unternehmen besonders häufig:

- Romands/es und Tessiner/innen
- Haushalte mit niedrigem Einkommen
- Personen mit hoher Prämienbelastung

Systematische Versuche zur Prämiensekung unternehmen besonders selten:

- Deutschschweizer/innen
- Haushalte mit hohem Einkommen
- Personen mit angemessener oder günstiger Prämienbelastung

4.1.9 Interpretation

Die allgemein lange **Dauer der Kundenbeziehung** zu der heutigen Krankenkasse und der geringe Anteil kurzer Vertragsdauern, auch unter Berücksichtigung des Alters, deutet nicht auf grosse Wechsel hin. Demgegenüber ist die Wichtigkeit der Prämienbelastung als Grund für die Kassenwahl ein Hinweis darauf, dass der Preis als Marktelement eine Rolle spielt.

Insbesondere die jungen Haushalte scheinen zwischen Tradition und Markt zu stehen: Ein Teil davon ist aus Gründen der Familientradition bei ihrer jetzigen Krankenkasse, ein anderer Teil hat sie wegen günstigen Prämien gewählt.

Die Plausibilität der angegebenen **Prämienbeträge** ist gegeben, auch wenn sich vermutlich zwei gegenläufige Effekte bei der Prämienennung einstellen. Einerseits liegen sie vermutlich etwas zu hoch, da die Prämien für "kleine", d.h. kostengünstige Zusatzversicherungen (z.B. Alternativmedizin etc.) wohl häufig in den genannten Beträgen eingeschlossen sind. Der Grund liegt darin, dass diese Zusatzversicherungen, wie auch "Spitalabteilung ganze Schweiz" nur beschränkt als Zusatzversicherung wahrgenommen werden und betragsmässig nicht ins Gewicht fallen. Andererseits liegen sie vermutlich zu tief, weil die Personen die effektiv zu zahlenden Beträge erinnern und nicht die Grundprämie vor Abzug allfälliger Rabatte oder vor Abzug direkt abzogener Prämienverbilligung nennen.

Von den Modellen in der Grundversicherung ist nur die Möglichkeit der selbstgewählten erhöhten **Franchise** von praktischer Bedeutung, auch wenn die Risikobereitschaft der Haushalte einerseits eher gering erscheint, da eine Mehrheit eine eher tiefe Franchise von nur Fr. 400 bzw. Fr. 600 wählt. Auf der andern Seite findet die höchste Franchise mehr Zuspruch als die mittlere von Fr. 1'200, was angesichts ihres tatsächlich grösseren Spareffekts sinnvoll ist.

Die andern drei Modelle sind unbedeutend, auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sie in der Westschweiz und im Tessin teilweise gar nicht angeboten werden. Zudem dürften sie angesichts teilweise verringerter Prämienrabatte noch an Attraktivität verlieren. Pointiert formuliert ist ihr Beitrag zur Kostendämpfung wohl vernachlässigbar.

Zusatzversicherungen sind häufig, wobei zwei Arten von Zusatzversicherung zu unterscheiden sind: zum einen die kostengünstigen kleinen oder "leistungsschwachen" Zusatzversicherung (wie Alternativmedizin, Prävention etc.), die von den Befragten teilweise gar nicht als solche erkannt werden. Zum andern geht es um die "klassischen" und kostenintensiven Zusatzversicherung (wie Spitalabteilung halbprivat und privat etc.).

Die Nutzer/innen dieser beiden Arten sind unterschiedlich in dem Sinne, dass die ersteren weit verbreitet sind, während zweitere vor allem von älteren Haushalten abgeschlossen werden.

Bei den Zusatzversicherungen wie auch bei der Beurteilung von Prämienentwicklung und Preis-Leistungsverhältnis besteht ein **Unterschied** zwischen der deutschen Schweiz und der französischen und italienischen Schweiz. Er rührt wohl daher, dass die Prämienbelastung in der Romandie und im Tessin höher ist als in der Deutschschweiz und deshalb stärker das Haushaltsbudget belastet. Dieser an sich negative Befund kann aber auch ein Hinweis darauf sein, dass die Bereitschaft zu marktorientiertem Verhalten dort grösser ist.

Im Vergleich der eigenen Prämie zu Konkurrenzprämien kommt rund ein Viertel der Zuständigen Personen zum Schluss, dass ihre Prämie eher oder viel höher liegt. Aufgrund wirtschaftlicher Überlegungen müssten diese Personen die standardisierten Leistungen der Grundversicherung an sich bei anderen Versicherungen beziehen. Sie können deshalb grundsätzlich als **Wechselpotenzial** interpretiert werden. Es fragt sich, was diese Personen noch bei der bestehenden Kasse hält: Sind es langjährige Beziehungen, ist es ein besonderes Vertrauen oder sind die Prämienunterschiede zu gering? Es ist zu vermuten, dass ein konkreter Wechsel mehr als nur die Bestätigung eines tatsächlichen Prämienunterschiedes voraussetzen würde.

Das mehrheitlich günstig beurteilte Prämien-Leistungsverhältnis kann angesichts des festgelegten Leistungskataloges durchaus als positive Beurteilung des **Preis-Leistungsverhältnisses** des KVG allgemein gesehen werden.

Die grosse Mehrheit der Zuständigen Personen bezeugt den Willen, systematisches **Kostenmanagement** zu betreiben. Das weist auf eine gewisse Bereitschaft hin, sich wirtschaftlich zu verhalten und Kosten zu optimieren. Angesichts des bisher dargestellten Verhaltens (vgl. die geringe Risikobereitschaft bei der Franchise) sind jedoch Zweifel an der Veränderungsbereitschaft angebracht. Oder liegt der Grund für die nur beschränkt sichtbare Umsetzung dieser Bereitschaft darin, dass die Haushalte keinen Handlungsspielraum sehen?

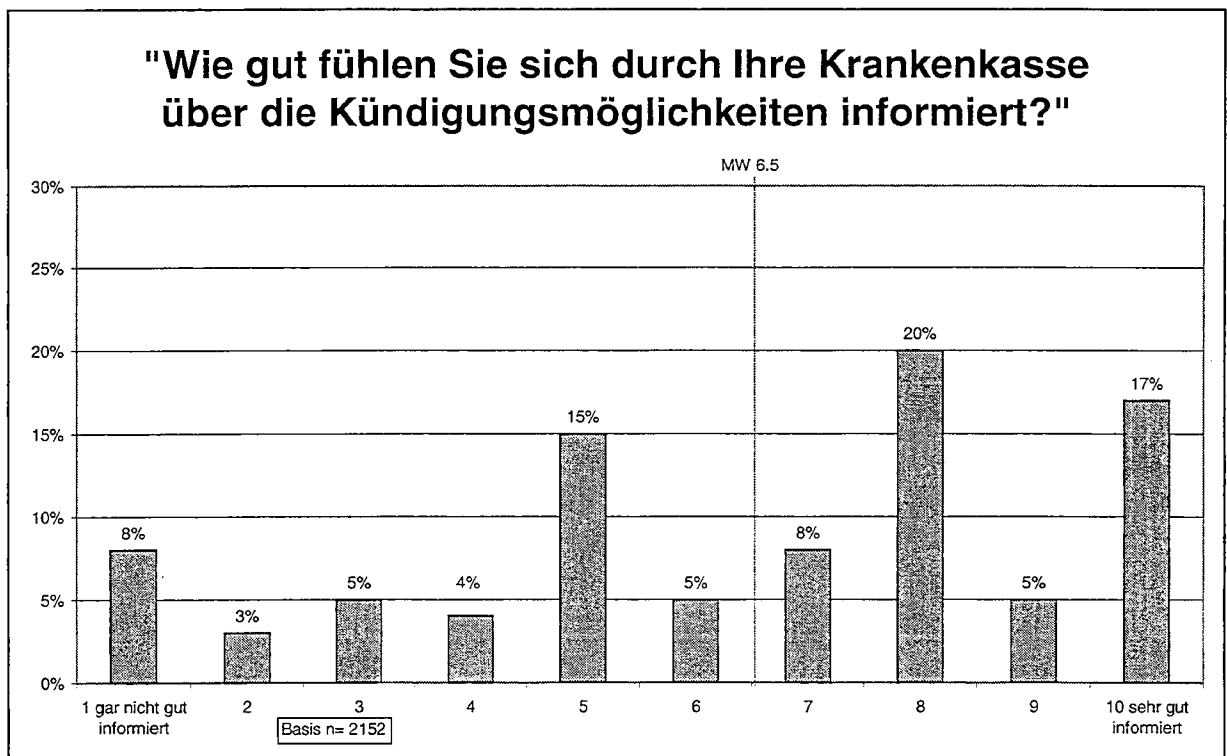
4.2 Subjektive und objektive Informiertheit³⁷

Im Folgenden wird dargestellt, wie sich die Zuständigen Personen allgemein über das KVG informiert fühlen (4.2.1), wie bekannt ihnen verschiedene Versicherungsmodelle in der Grundversicherung sind (4.2.2) und welche objektive Kenntnis sie über die Grundelemente des KVG besitzen (4.2.3).

4.2.1 Allgemeiner Informationsstand

Die Zuständigen Personen fühlen sich lediglich mittelmässig über das KVG informiert. Der Mittelwert beträgt 5.3 auf einer 10stufigen Skala und die Werte streuen beträchtlich (STDW 2.4):

Darstellung 28: Einschätzung der Informiertheit über das KVG

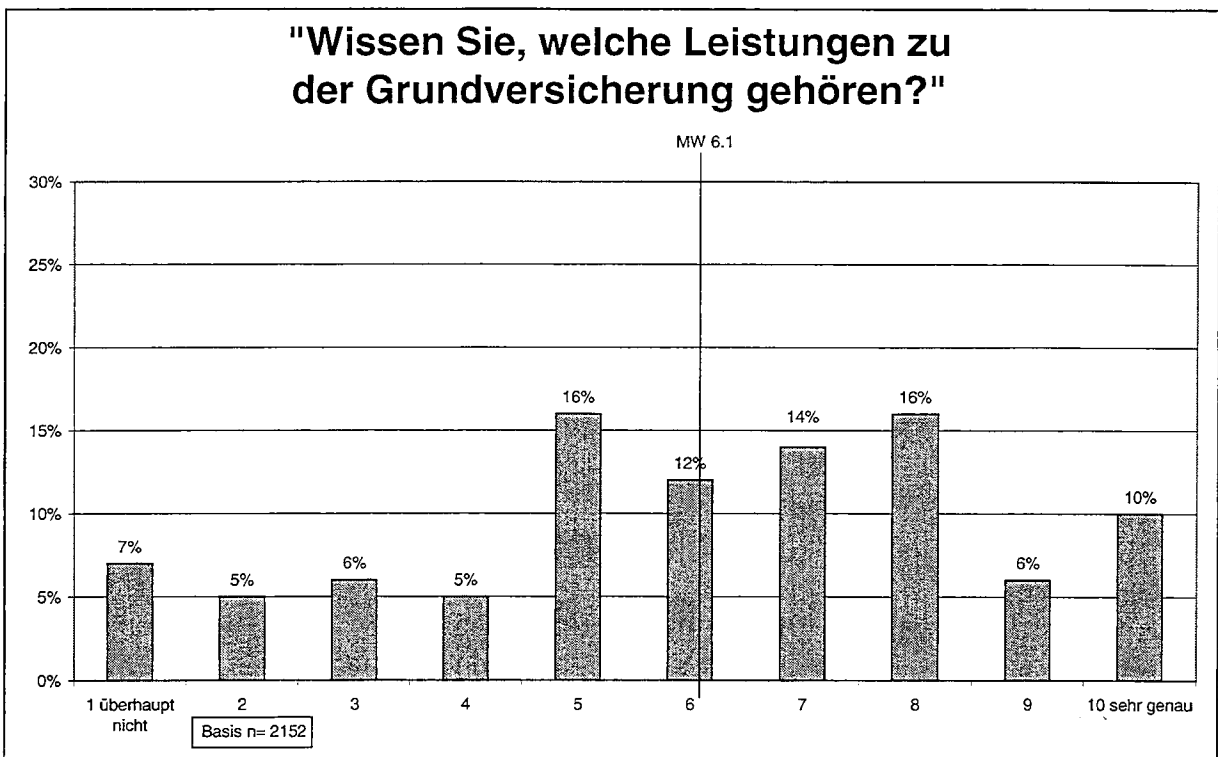


³⁷ Zu Fragen der Information ist eine separate Evaluationsstudie in Bearbeitung: Prognos AG, Information der Versicherten nach der Einführung des KVG (erscheint 2001)

In der italienischen Schweiz bezeichnen sich zwar mehr Zuständige Personen als über das KVG schlecht informiert als in der deutschen und französischen Schweiz, aber insgesamt gibt es keinen Unterschied nach Regionen. Im übrigen weisen nur Ein-Personenhaushalte einen tieferen Wert (5.0) auf.

Gefragt, ob sie wüssten, welche Leistungen zur Grundversicherungen gehören, antwortet etwas mehr als die Hälfte der Zuständigen Personen (58%) ‚eher genau‘ bis ‚sehr genau‘³⁸, der Mittelwert liegt bei 6.1.

Darstellung 29: Einschätzung der Kenntnis der Leistungen der Grundversicherung



Wie bei der Beurteilung der Informiertheit über das KVG allgemein gibt es auch beim Wissen über die Leistungen der Grundversicherung keine Unterschiede zwischen den Sprachregionen.

³⁸ Werte von 5 bis 10 auf einer 10stufigen Skala, wobei 1 = ‚überhaupt nicht‘ und 10 = ‚sehr genau‘ bedeutet.

Besseres Wissen melden auch mittlere und höhere Haushalteinkommen (6.3 bzw. 6.2) sowie Haushalte mit 4 oder mehr Personen, währenddem 1-Personenhaushalte häufiger Unkenntnis angeben (5.7).

Als Hinweis auf die selbstberichtete Informiertheit kann auch gelten, dass 85% der Zuständigen Personen angeben, schon von der Prämienverbilligung gehört zu haben (vgl. Kap.4.5.1).

Zwischen der allgemeinen Informiertheit über das KVG und dem Wissen über den Leistungskatalog der Grundversicherung besteht ein deutlicher Zusammenhang insgesamt und auch in den drei Sprachregionen: Wer das Gefühl hat, besser über das KVG informiert zu sein, weiss nach eigener Meinung auch besser, welche Leistungen zur Grundversicherung gehören.

Zudem gibt es einen Zusammenhang von Informiertheit und Zufriedenheit: Wer sich über das KVG besser informiert fühlt, ist mit der heutigen Regelung der Krankenversicherung, also dem KVG, auch eher zufriedener. Dies gilt insgesamt als auch für die drei Regionen.

Jedoch gibt es keinen Zusammenhang zwischen dem Wissen über den Leistungskatalog und der Zufriedenheit.

4.2.2 Bekanntheit der Versicherungsmodelle in der Grundversicherung

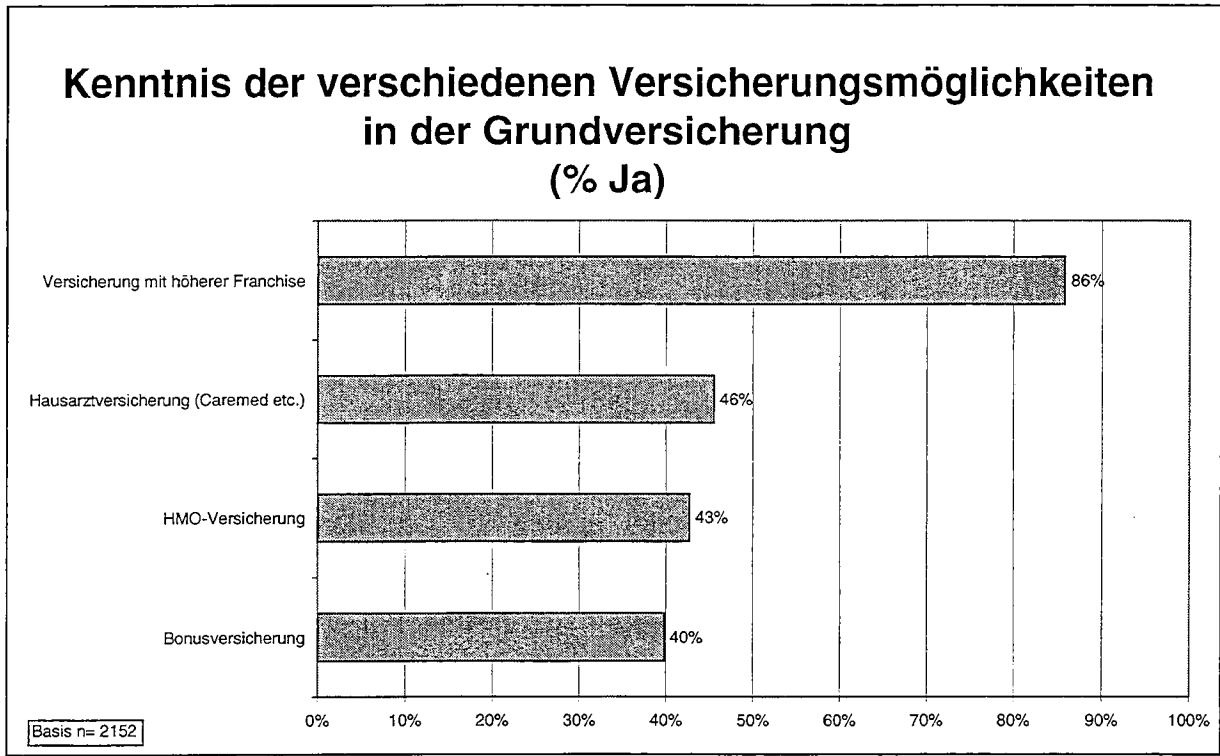
Die Grundversicherung kennt in Erweiterung des Grundangebotes die vier schon in Kap. 4.1.5 erwähnten möglichen Varianten der Versicherung:

- Bonusversicherung
- HMO-Versicherung
- Hausarztversicherung
- Versicherung mit höherer Franchise

Die grosse Mehrheit der Zuständigen Personen, nämlich 86%, gibt an, die genaue Funktionsweise der Versicherung mit höherer Franchise zu kennen. Bei den andern 3 Versicherungsmodellen sind es noch zwischen 40% und 50%.

Die Versicherung mit höherer Franchise ist bei einkommensstärkeren und bei grösseren Haushalten (3 und mehr Personen) besser bekannt.

Darstellung 30: Bekanntheit der Versicherungsmöglichkeiten



Die HMO- und die Hausarztversicherung sind in der Deutschen Schweiz viel bekannter als in den beiden andern Sprachregionen. Dies ist wohl eine Frage des Angebotes, denn beide Modelle sind in der Deutschschweiz auch stärker verbreitet:

Darstellung 31: Bekanntheit von HMO- und Hausarztversicherung nach Region

Funktionsweise bekannt (% Ja)	Total	Deutsche Schweiz	Französische Schweiz	Italienische Schweiz
HMO-Versicherung	43%	51%	22%	15%
Hausarztversicherung	46%	51%	30%	43%

Die Kenntnis beider Modelle ist besser bei höheren Einkommen und grösseren Haushalten. Die HMO-Versicherung ist darüber hinaus noch in der Stadt besser bekannt, was sich aus der Tatsache erklärt, dass das Modell nur in Städten angeboten wird.

Im Vergleich von Bekanntheit und Nutzung der Modelle zeigt sich, dass die persönliche Nutzung rund 40% tiefer liegt als die Bekanntheit, sich die Reihenfolge der Häufigkeiten aber entsprechen :

Darstellung 32: Bekanntheit und Nutzung der Modelle der Grundversicherung

Modell	Funktionsweise bekannt	für sich selber gewählt	für andere gewählt
Franchiseversicherung	86 %	48 %	32 %
Hausarztversicherung	46 %	6 %	5 %
HMO-Versicherung	43 %	3 %	2 %
Bonus-Versicherung	40 %	2 %	1 %

Etwas mehr als die Hälfte der Zuständigen Personen (56%), denen die Franchiseversicherung bekannt ist, haben sie für sich selber gewählt, bei den andern Modellen sind 13% (Hausarztversicherung) und weniger.

4.2.3 Objektive Kenntnis des KVG

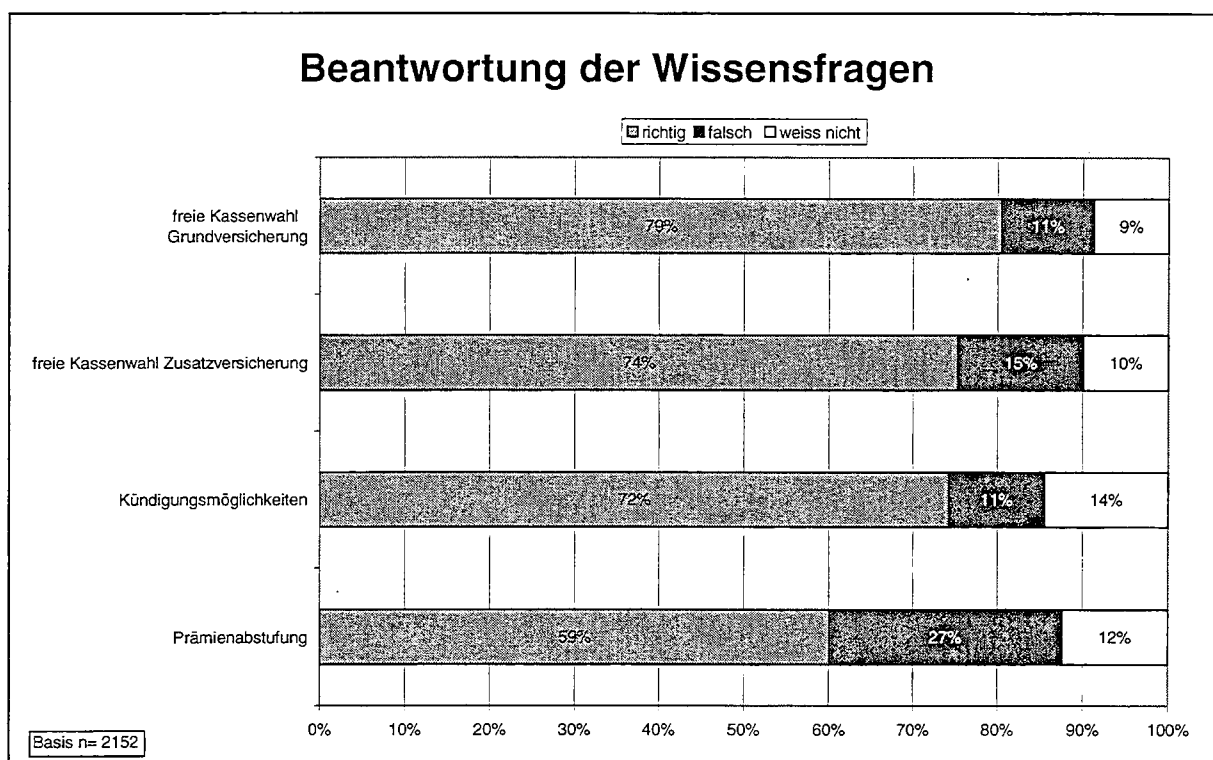
Neben den aufgezeigten subjektiven Beurteilungen der Informiertheit wurden 4 Testfragen gestellt, um das tatsächliche Wissen über Grundelemente des KVG zu überprüfen. Diese Fragen lauten:

- Können die Krankenkassen die Prämien für Erwachsene in der Grundversicherung nach dem Alter abstufen, so dass z.B. eine 70jährige mehr zahlt als eine 30jährige, oder geht das nicht?
(richtige Antwort: nein)
- Können Sie die Grundversicherung bei der Krankenkasse abschliessen, wo Sie wollen, oder können die Krankenkassen sich aussuchen, wen sie aufnehmen?
(richtige Antwort: Krankenkassen können nicht aussuchen)
- Wie ist es mit der Kündigung: Kann man die Grundversicherung nur kündigen, wenn die Prämie erhöht wird oder gibt es auch eine andere Kündigungsmöglichkeit?
(richtige Antwort: andere Möglichkeiten)

- Kann man die Grundversicherung und die Zusatzversicherung bei verschiedenen Kassen haben oder muss man da die gleiche Kasse nehmen?
(richtige Antwort: verschiedene Kassen möglich)

Die folgende Darstellung zeigt, dass zwar die Mehrheit der Zuständigen Personen die richtige Antworten kennt, der Anteil der falschen Antworten oder des Nichtwissens jedoch meist zwischen 20 und 30% liegt. Am besten bekannt ist die freie Kassenwahl in der Grundversicherung, am schlechtesten die Prämienungleichheit für alle Altersgruppen.³⁹

Darstellung 33: Objektive Kenntnis des KVG



Es gibt Unterschiede nach Sprachregionen, jedoch sind sie nicht systematisch: Die freie Kassenwahl in der Grundversicherung ist in der französischen Schweiz besser bekannt (86% gegenüber 79% in der Gesamtgruppe), in der italienischen Schweiz schlechter (64%). Hingegen ist in beiden Landesteilen weniger bekannt (64% bzw. 55% gegenüber der Gesamtgruppe mit 79%), dass man bei der Wahl der Zusatzversicherungen frei und nicht an die Kasse der Grundversicherung gebunden ist. Dass die Prämienabstufung nicht möglich

³⁹ Es gibt allerdings eine Ausnahme: Junge Erwachsene bis 26 Jahre bezahlen heute allgemein tiefere Prämien, da die frühere Prämienreduktion für Studierende gleichsam verallgemeinert wurde.

ist, wissen in der Romandie mehr Zuständige Personen als im Tessin (66% bzw. 42% gegenüber der Gesamtgruppe mit 59%).

Ein-Personen-Haushalte wissen in drei der vier Fälle schlechter Bescheid und weisen immer einen höheren Anteil von ‚weiss nicht‘ auf. Andere Unterschiede sind nicht erkennbar.

Ältere Personen (über 55 Jahre) sind etwas besser darüber informiert, dass nicht nach Alter abgestuft werden kann, aber eigentlich sind all Gruppen gut informiert: Der Anteil der Informierten steigt von 62% bei der jüngsten Altersgruppe (bis 34 Jahre) über 69% bei der mittleren auf 71% bei der ältesten Altersgruppe.

Rund ein Drittel der Zuständigen Personen kennt mindestens zwei richtige Antworten, ein weiteres Drittel drei richtige und das letzte Drittel kennt alle vier richtigen Antworten.

Darstellung 34: Index objektive Informiertheit

Anzahl richtige Antworten ⁴⁰	In %
1	4
2	8
3	20
4	35
5	32

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die subjektive Informiertheit über das KVG bei den Zuständigen Personen mittelmässig ist und nur wenig über dem Stand aller Zufallspersonen liegt. Die Informiertheit über die Leistungen der Grundversicherung ist subjektiv etwas besser, insbesondere bei Tessinern/innen.

⁴⁰ Keine richtige Antwort weiss weniger als 1% der Zuständigen Personen.

Die genaue Funktionsweise der verschiedenen Versicherungsmodelle in der Grundversicherung ist mit Ausnahme der Franchiseversicherung nur einer Minderheit der Zuständigen Personen bekannt. HMO- und Hausarzt-Modell sind in der Deutschschweiz besser bekannt als in den übrigen Landesteilen. Die Nutzung der verschiedenen Modelle liegt deutlich unter der Bekanntheit, entspricht dieser jedoch in der Reihenfolge der Häufigkeiten.

Die objektive Kenntnis der Grundelemente des KVG ist bei der Mehrheit der Zuständigen Personen gut. Dennoch gibt ein beträchtlicher Anteil der Befragten falsche oder keine Antworten. Am besten bekannt ist die freie Kassenwahl in der Grundversicherung, am schlechtesten die Prämienungleichheit für alle Altersgruppen. Alleine lebende Personen zeigen sich subjektiv wie objektiv schlechter informiert wie solche aus grösseren Haushalten.

4.2.4 Interpretation

Mangelnde Bekanntheit der vier Modelle der Grundversicherung ist nicht der Grund für ihre dargestellte schlechte Nutzung, auch wenn man berücksichtigt, dass zwei der Modelle vorwiegend nur in der Deutschschweiz angeboten werden. Die Franchiseversicherung wird ja von etwa der Hälfte der Zuständigen Personen genutzt, die sie kennen. Bei den übrigen Modellen liegt die Nutzung etwa um 10%.

Wie bereits in Kap. 3.6 dargestellt, erachten wir nicht die Frage der **Informiertheit** als wesentlich, sondern viel eher die Frage der **Handlungsrelevanz**. Weshalb die Versicherten die angebotenen Möglichkeiten nur beschränkt nutzen, kann verschiedene Gründe haben. Entweder sieht man keinen Handlungsbedarf, weil der Nutzen der Veränderung als zu gering beurteilt wird oder der Kostendruck der heutigen Versicherungslösung klein ist. Oder vielleicht ist man sich noch nicht gewohnt, sich auf dem Krankenversicherungsmarkt so frei zu bewegen wie beispielsweise auf dem Markt der Konsumgüter. Oder man meidet die Umstände und "immateriellen" Kosten des Wechsels.

Die Informiertheit ist insgesamt in den Punkten gut, die für **Wechselverhalten** wichtig sind. Es fällt zwar auf, dass ein grosser Unterschied zwischen recall und recognition besteht: Die Neuerungen des KVG, die Wechselverhalten fördern sollen, werden nämlich spontan kaum genannt (recall), während bei den gestützten Fragen (recognition) mehrheitlich richtig geantwortet wird. Dieser Unterschied ist für das Wechselverhalten oder genereller gesagt, für das Nutzen von Handlungsspielraum wesentlich. Was spontan präsent ist, kann in Entscheidungssituationen wesentlich wirksamer werden. Wenn Information nur passiv

bekannt bzw. wiedererkennbar ist, muss sie im Moment der Entscheidung von aussen aktualisiert werden.

Allerdings ist aus der Marketingforschung bekannt, dass grössere Entscheide in der Regel eine längere Geschichte haben und aus unterschiedlichsten Konstellationen heraus wachsen können. Im Falle der Krankenversicherung kann also nicht einfach davon ausgegangen werden, dass die Entscheide zum Nutzen des Spielraums oder konkret bspw. zum Kassenwechsel jeweils nur im Herbst getroffen werden. Aus diesen Gründen kommt man im Marketing teilweise davon weg, punktuell massive Werbekampagnen durchzuführen, es sei denn, man wolle im Konsumgüterbereich den Verkaufsdruck für ein Produkt erhöhen. Sondern man kommt eher zu einer zeitlich gestreuten Präsenz, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, potenzielle Kunden/innen in ihrem je eigenen Entscheidungsprozess zu treffen.

4.3 Information⁴¹

4.3.1 Informationsverhalten und Informationswünsche der Versicherten

Knapp die Hälfte (43%) der Haushalte informiert sich über die Grundversicherung durch die Mitgliederzeitung oder andere Informationsmittel der Krankenkasse, und 23% fragen direkt bei der Krankenkasse nach. 15% informieren sich aus der Zeitung, während gleich viele angeben, sich überhaupt nicht über die Grundversicherung zu informieren. Auffallend ist beim Informationsverhalten im Weiteren, dass Policen, Verträge und Statuten kaum benutzt werden.

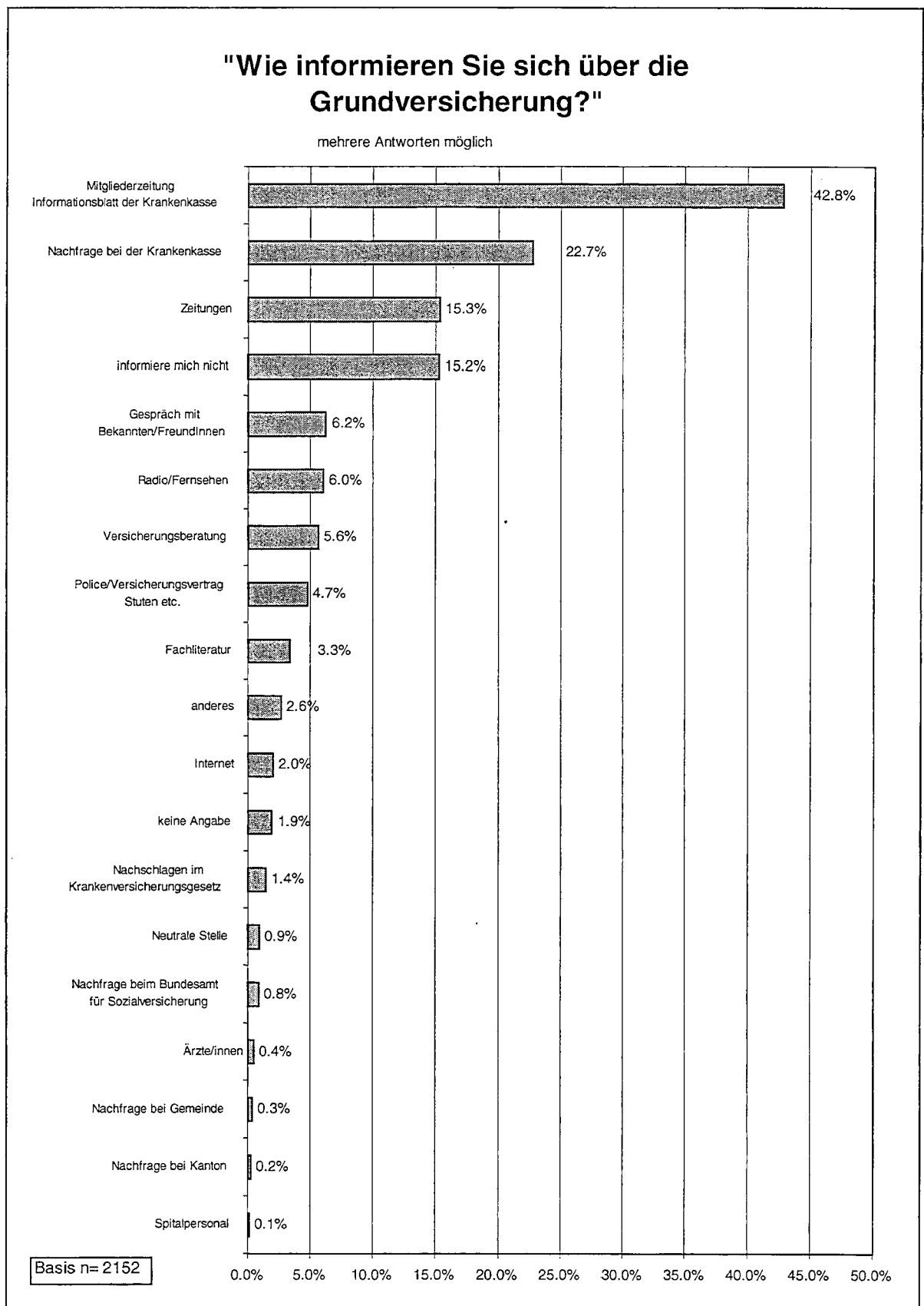
Alle anderen Informationskanäle sind ohne Bedeutung. Im Weiteren zeigt sich, dass die meisten Haushalte sich eher einseitig informieren, werden doch je Haushalt durchschnittlich nur 1.3 Informationsquellen genannt.

Fasst man die verschiedenen Informationsmöglichkeiten zusammen, so erweisen sich die Krankenkassen als die weitaus bedeutendste Informationsquelle für die Haushalte, die Medien stehen an zweiter Stelle, während Amtsstellen ohne Bedeutung sind:

– Krankenkasse	66%
– Medien	23%
– Persönliches Umfeld	7%
– Beratung	7%
– Amtsstellen	1%

⁴¹ vgl. die Fussnote 16 erwähnte separate Evaluationsstudie zur Information

Darstellung 36: Informationsverhalten bezogen auf Grundversicherung



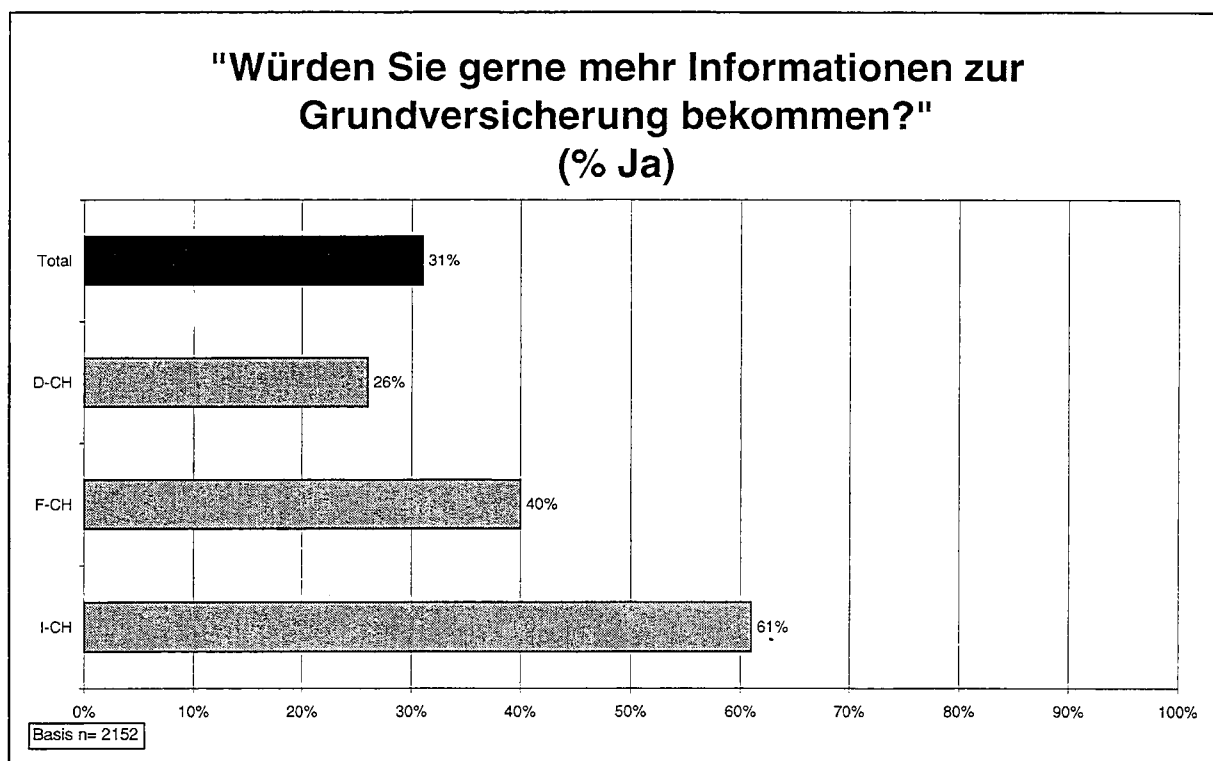
Sprachregional zeigt sich ein interessanter Unterschied: Nachfragen bei der Krankenkasse spielen in der französischen und italienischen Schweiz eine kleinere Rolle (9% bzw. 14% gegenüber 28% in der deutschen Schweiz), dafür spielt die Versicherungsberatung eine grössere Rolle (14% bzw. 11% gegenüber 3% in der Deutschschweiz).

Ältere Personen informieren sich häufiger durch Mitgliederzeitungen als junge (47% gegenüber 31%).

Wie gezeigt worden ist, kann der Informationsstand der Zuständigen Personen nicht als besonders gut bezeichnet werden (vgl. Kap. 4.2). Was bedeutet das nun für die Informationswünsche?

Die Mehrheit (68%) der Zuständigen Personen wünscht *keine* zusätzlichen Informationen zur Grundversicherung, die festgestellte mässige Informiertheit scheint also nicht als Problem empfunden zu werden.

Darstellung 35: Wunsch nach vermehrter Information



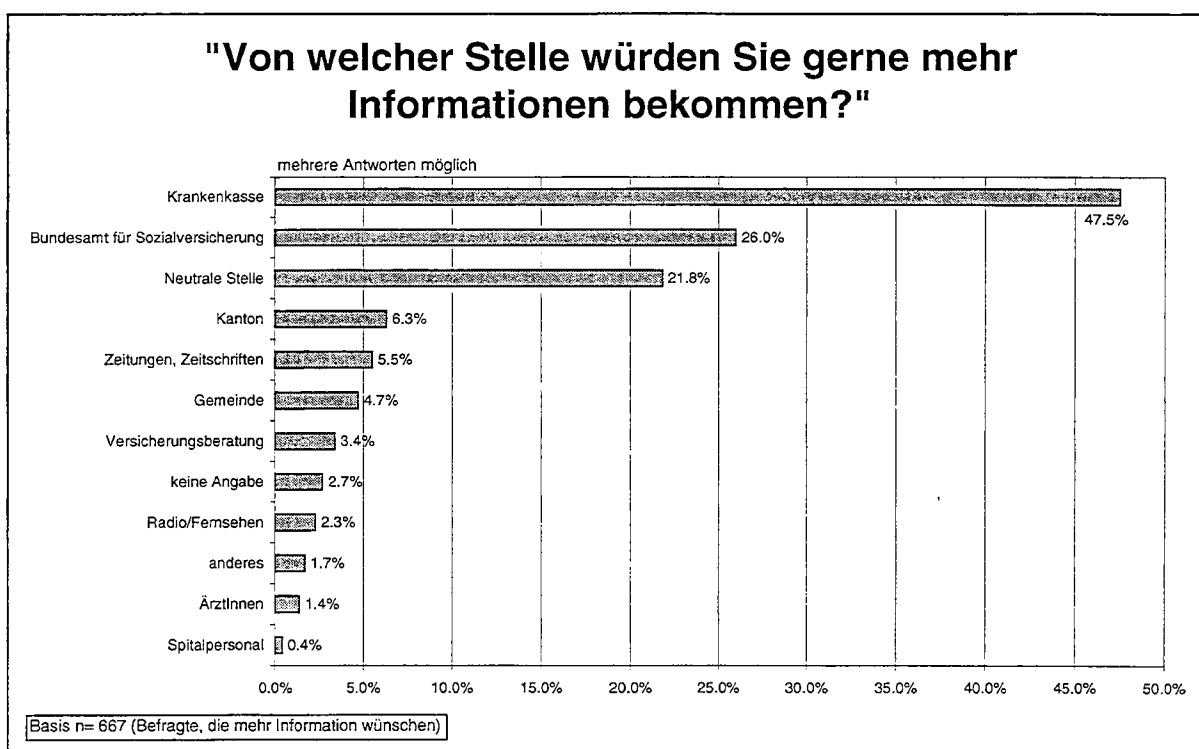
Wiederum sind sprachregionale Unterschiede bedeutsam: Die Mehrheit (61%) der Haushalte in der italienischen und beinahe die Hälfte (40%) in der französischen Schweiz wünscht mehr Informationen (gegenüber nur 26% in der Deutschschweiz).

Ein zweiter deutlicher Unterschied ergibt sich beim Alter: Personen jungen und mittleren Alters hätten deutlich häufiger gerne mehr Information als ältere Personen (39% bzw. 34% gegenüber 24%), auch wenn sich erstere nicht schlechter informiert fühlen.

Je tiefer das Haushaltseinkommen ist, desto grösser der Wunsch nach zusätzlicher Information und umgekehrt. Damit einher geht, dass Haushalte mit hoher Prämienbelastung ebenfalls mehr Informationen wünschen (38% gegenüber 24% der übrigen Haushalte). In Kantonen mit hohem Prämienniveau wird ebenfalls mehr Information gewünscht (35% gegenüber 23% bei tiefem Niveau).

Wer sich mehr Information wünscht, möchte diese in erster Linie von der Krankenkasse erhalten, gefolgt vom Bundesamt für Sozialversicherung⁴² (vor allem in der Romandie: 37%) und einer neutralen Stelle (vor allem in der Deutschschweiz: 30%, weniger hingegen in der französischen Schweiz: 7%):

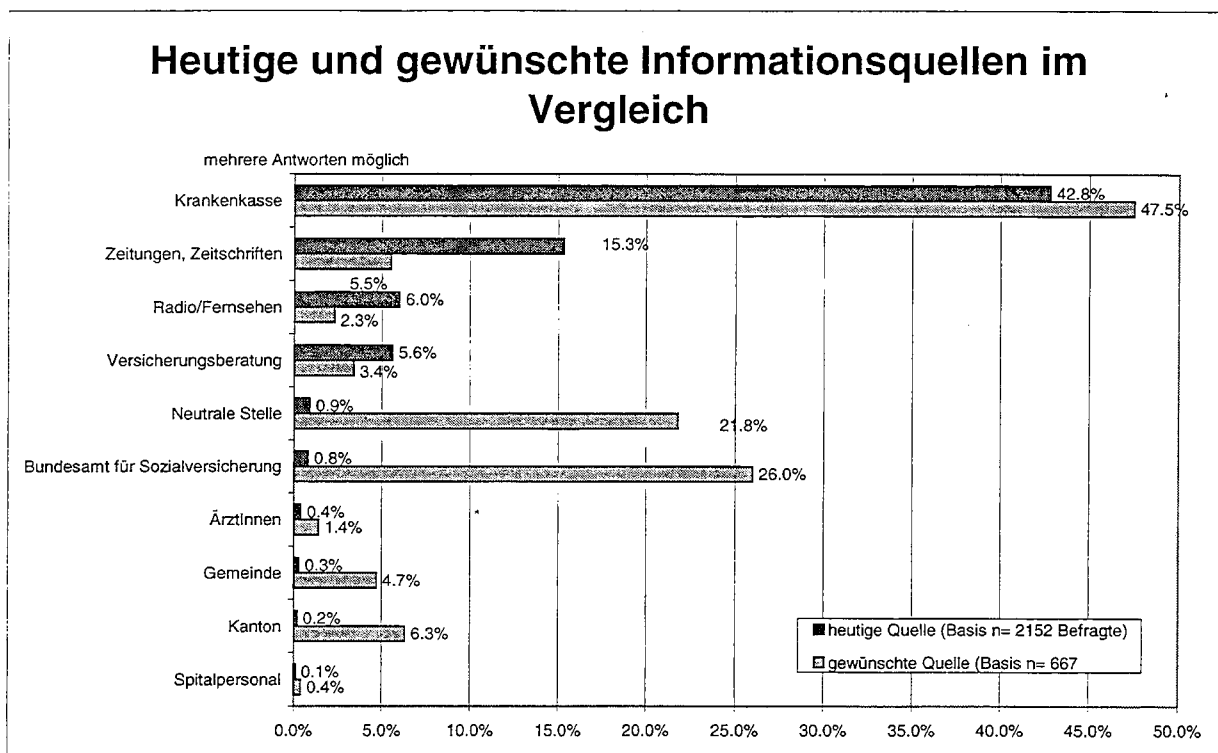
Darstellung 36: Gewünschte Informationsquellen



⁴² Bei der häufigen Nennung des Bundesamtes für Sozialversicherung dürfte es sich um ein Forschungsartefakt handeln, denn das Amt ist wohl kaum derart bekannt, sondern wurde wohl deshalb genannt, weil der Ankündigungsbrief diesen Absender trug und das BSV auch zu Beginn des Interviews nochmals genannt wurde.

Vergleicht man die heutigen Informationsquellen mit den gewünschten, so zeigen sich bedeutsame Gemeinsamkeiten und Unterschiede:

Darstellung 37: Heutige und gewünschte Informationsquellen im Vergleich



Der Krankenkasse wird übereinstimmend die höchste Wichtigkeit beigemessen. Die grössten Unterschiede hingegen finden sich beim Bundesamt für Sozialversicherung (25%) und bei der Neutralen Stelle (21%).

In der zusammenfassenden Darstellung zeigt sich, dass sich die Haushalte vor allem von (neutralen) Beratungs- und Amtsstellen Informationen wünschen:

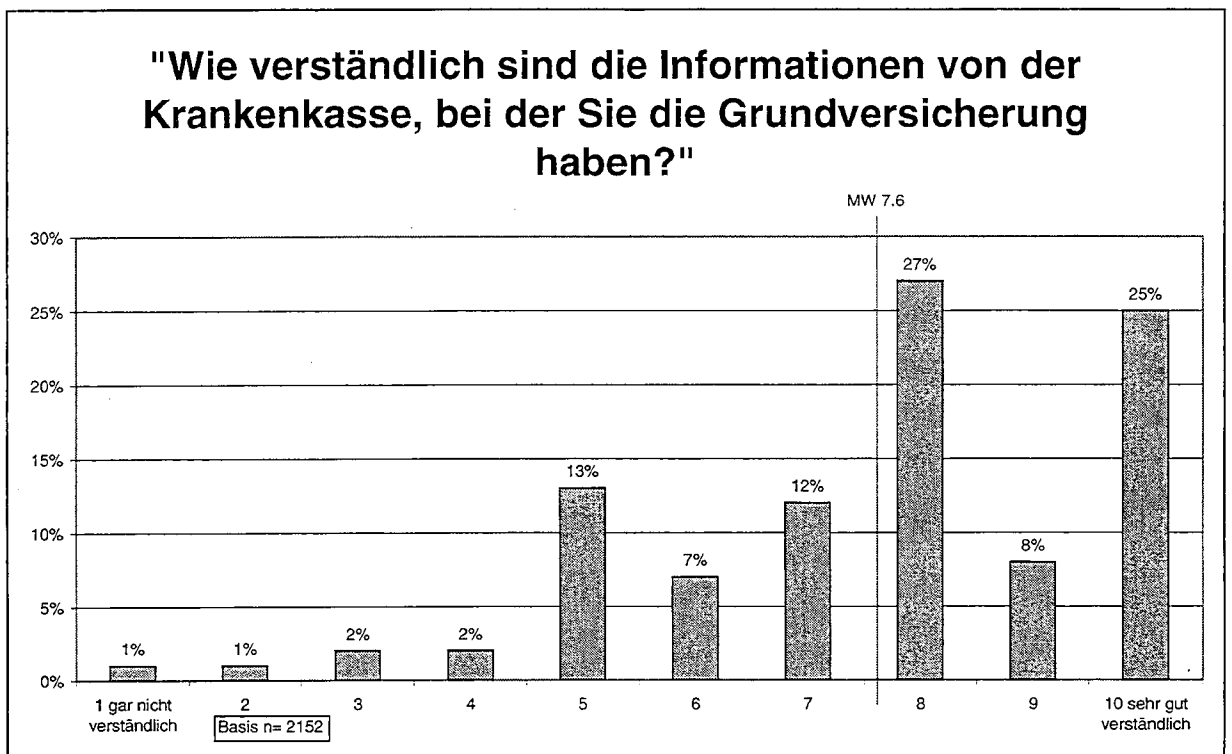
	heute	gewünscht
– Krankenkasse	66% ⁴³	48%
– Medien	23%	8%
– persönliches Umfeld	7%	2%
– Beratung	7%	25%
– Amtsstellen	1%	38%

⁴³ Davon 23% aktive Nachfrage seitens des Haushaltes

4.3.2 Information der Krankenkassen

Die Verständlichkeit der Information der Krankenkasse, bei der man die Grundversicherung hat, wird von den Zuständigen Personen als gut bezeichnet: 79% weisen Werte von 6 und mehr auf der 10stufigen Skala auf:

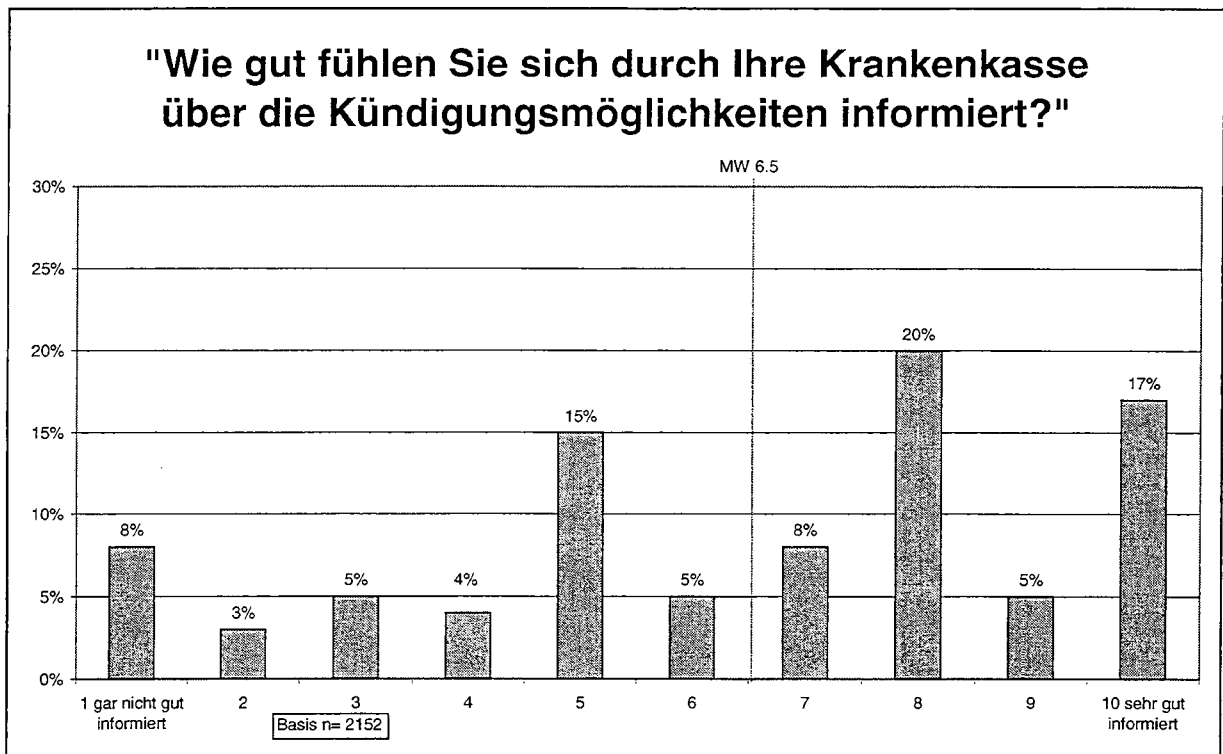
Darstellung 38: Verständlichkeit der Informationen der Krankenkasse



Es fällt auf, dass in der italienischen Schweiz, der Wert für die Verständlichkeit der Informationen, wie bei der selbstbeurteilten Informiertheit über das KVG, tiefer liegt (7.2) als in der Gesamtgruppe (7.6). Und Jüngere beurteilen die Verständlichkeit schlechter als Ältere (7.2 gegenüber 7.8).

Hingegen beurteilen die Zuständigen Personen die Information über die Kündigungsmöglichkeiten, die sie von ihrer Krankenkasse erhalten, als weniger gut: 55% weisen Werte über 5 auf und der Mittelwert liegt bei 6.5, wobei die Meinungen auseinandergehen (STDW 2.8).

Darstellung 39: Information über Kündigungsmöglichkeiten

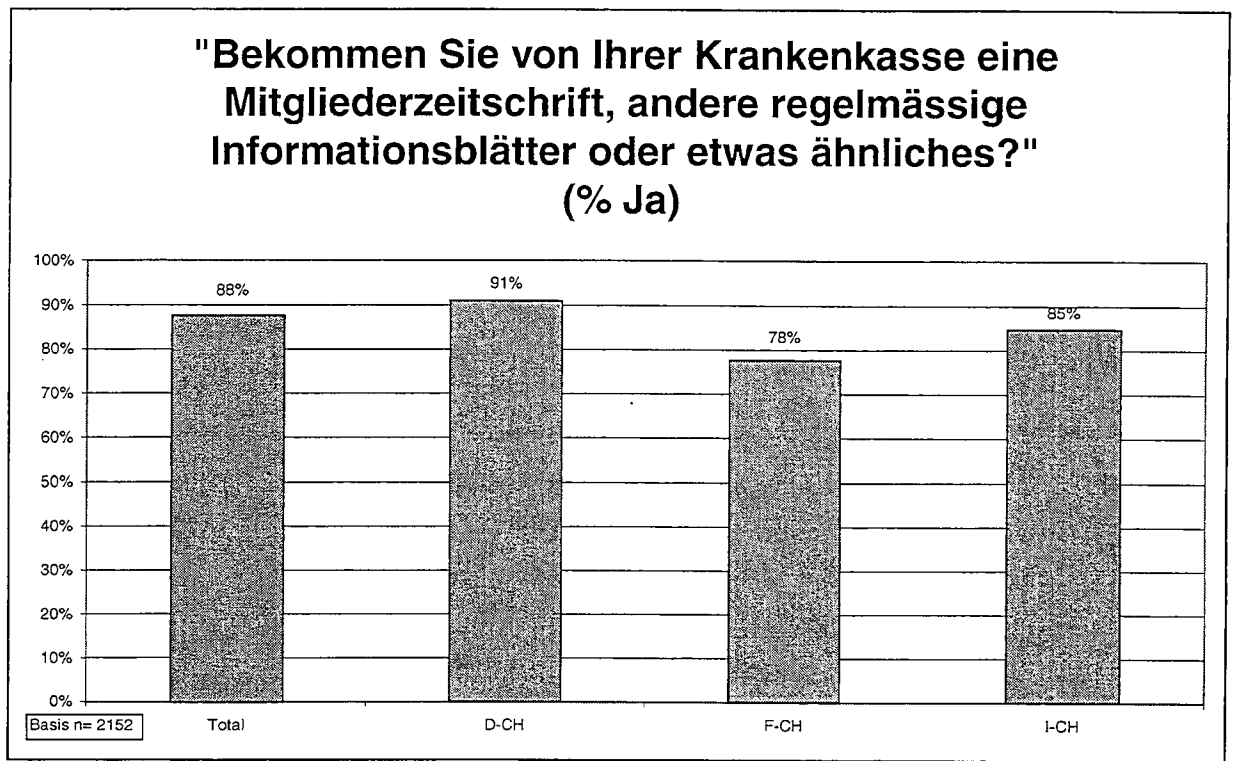


Auffallend sind die Unterschiede nach Sprachregionen: Haushalte in der französischen und italienischen Schweiz fühlen sich deutlich weniger gut informiert über die Kündigungsmöglichkeiten (5.6 bzw. 5.9 gegenüber 6.8 in der Deutschschweiz). Wer die Prämienbelastung als günstig erachtet, beurteilt die Information etwas besser (7.9).

Wiederum spielt das Alter eine Rolle: Je älter, desto besser fühlt man sich informiert (Ältere mit MW 6.9 gegenüber Jungen mit MW 5.9).

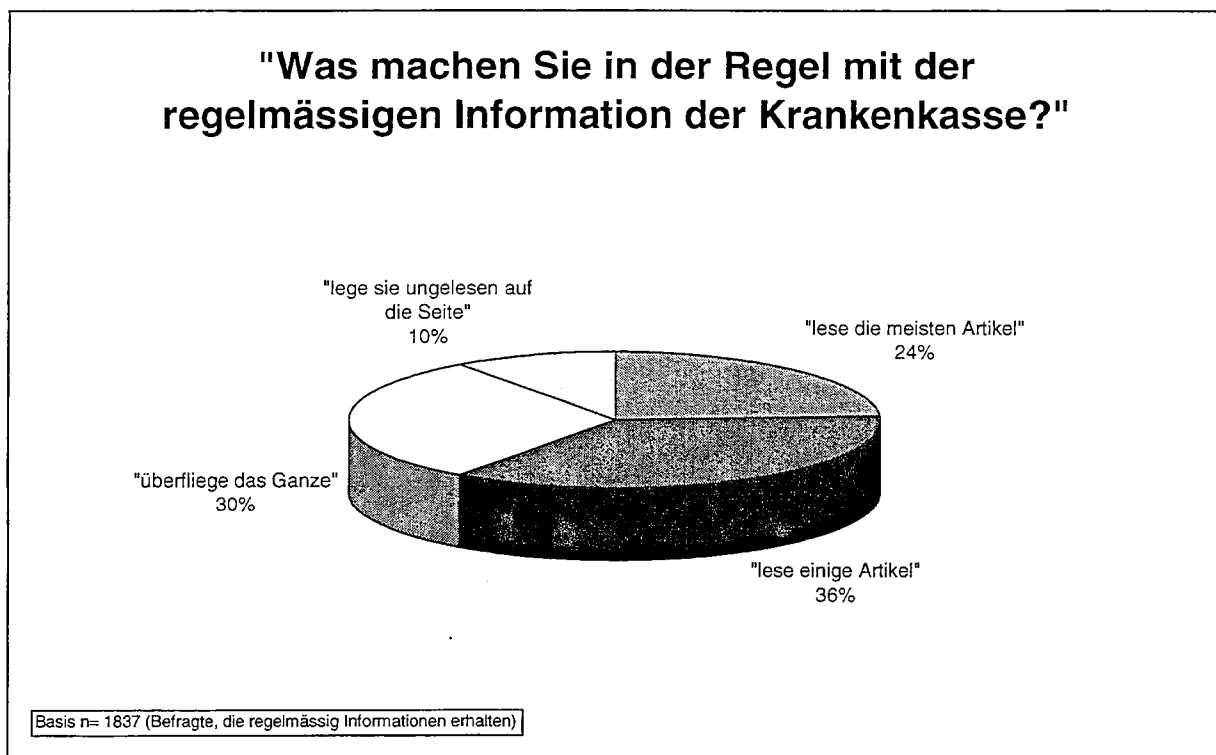
Die meisten Haushalte (88%) geben an, von ihrer Krankenkasse eine Mitgliederzeitschrift, andere regelmässige Informationen oder etwas ähnliches zu erhalten. In der deutschen Schweiz sind es mehr, in der französischen Schweiz deutlich weniger. Ältere Haushalte geben häufiger an, informiert zu werden als junge (93% ja gegenüber 79%). Weitere systematische Unterschiede nach Subgruppen lassen sich nicht feststellen.

Darstellung 40: Regelmässige Information durch die Krankenkasse



Die Verarbeitungstiefe dieser regelmässigen Information ist jedoch mässig: 24% lesen die meisten Artikel und 36% lesen einige Artikel, währenddem 30% das Ganze nur überfliegen oder ungelesen auf die Seite legen (10%).

Darstellung 41: Intensität der Verarbeitung der Informationen der Krankenkasse



Vertiefter werden die Informationen der Krankenkasse von folgenden Gruppen gelesen:

- eher von einkommensschwächeren Haushalten
- eher von Haushalten mit hohen Gesundheitskosten
- älteren Haushalten

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Mitteilungen der Krankenkassen die wichtigste Informationsquelle über die Grundversicherung darstellen, Medien die zweitwichtigste. Die Haushalte informieren sich dabei einseitig, denn es werden kaum verschiedene Informationsquellen genutzt. Ausserdem informiert sich über ein Sechstel der Zuständigen Personen gar nicht. Während Nachfragen bei der Krankenkasse in der Deutschschweiz häufiger sind, spielt Versicherungsberatung in der französischen und italienischen Schweiz eine grössere Rolle.

Die Mehrheit der Zuständigen Personen wünscht keine zusätzlichen Informationen zur Grundversicherung, empfindet ihre mässige Informiertheit also nicht als problematisch. Folgende Gruppen wünschen sich jedoch häufiger zusätzliche Informationen:

- Tessiner/innen,
- Romands/es
- Haushalte mit geringem Einkommen,
- Haushalte mit hoher subjektiver Prämienbelastung

Ein zusätzlicher Informationsbedarf besteht vor allem seitens neutraler Beratungs- und Amtsstellen.

Die Informationen der Krankenkassen werden meist als verständlich bezeichnet, in der italienischen Schweiz jedoch weniger ausgeprägt. Über Kündigungsmöglichkeiten fühlen sich die Zuständigen Personen mittelmässig informiert, insbesondere Romands/es und Tessiner/innen. Die meisten Haushalte erhalten durch die Krankenkasse eine Mitgliederzeitschrift o.ä., die Verarbeitungstiefe dieser periodischen Informationsquellen ist jedoch mässig.

4.3.3 Interpretation

Die Krankenkassen sind, etwas vereinfachend gesagt, die wichtigste und einzige **Informationsquelle** der Haushalte. Und dies ist unseres Erachtens ein kritischer Punkt bei der Umsetzung des KVG.

Es liegt auf der Hand, dass die **Krankenkassen** kein besonderes Interesse daran haben können, ihre Mitglieder im Hinblick auf ein ökonomisch rationales und marktorientiertes Verhalten zu informieren und damit Wechselverhalten anzuregen. So erstaunt es auch nicht, dass die Information der Krankenkasse über die Kündigungsmöglichkeiten als nur mittelmässig beurteilt wird.

Es ist anzunehmen, dass die Haushalte diese Situation bewusst erkennen oder zumindest erahnen. Der starke Wunsch nach **neutralen Informationsquellen** wie Amtsstellen oder Beratern/innen ist wohl darauf zurückzuführen.

Auf der anderen Seite ist dieser Sachverhalt, angesichts ihres Informationsauftrages, vermutlich auch für die Kassen ein **Dilemma**. Welcher Dienstleistungsanbieter informiert schon

seine Kunden/innen über günstigere Angebote und darüber, wie sie am besten zur Konkurrenz wechseln?

Doch fragt sich wiederum, ob mehr Information überhaupt gewünscht ist. Die Mehrheit der Haushalte scheint mit der mässigen Informiertheit durchaus leben zu können. Dass man keine zusätzliche Information wünscht bedeutet wohl auch, dass man keinen Orientierungsbedarf und damit auch keinen **Handlungsbedarf** hat. Und damit ist wieder die Kernfrage gestellt: Ist überhaupt ein Anstoss zum Wechsel gegeben, wollen sich die Haushalte überhaupt marktmässig verhalten? In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass Zuständige Personen jungen und mittleren Alters häufiger mehr Informationen wünschen als solche höheren Alters. Dies ist möglicherweise ein Hinweis darauf, dass diese beiden Gruppen eher zu Wechsel bereit sind.

Der bereits vermutete grössere Anreiz zu marktmässigem Verhalten in der **französischen** Schweiz scheint hier noch einmal verstärkt zu werden, denn in der Romandie und im Tessin ist der ungestillte Informationsbedarf offensichtlich grösser als in der Deutschschweiz. Zudem zeigt sich eine weitere Gruppe als marktnäher, nämlich die einkommensschwachen Haushalte.

Mit dem KVG wurde versucht, Marktelemente ins Spiel zu bringen. Aufgrund der Ergebnisse zeigt sich, dass junge Haushalte teilweise ein eher überdurchschnittliches Wechselepotenzial darstellen, da sie beispielsweise weniger in Traditionen eingebunden sind und weniger lange Beziehungen zur Kasse haben.

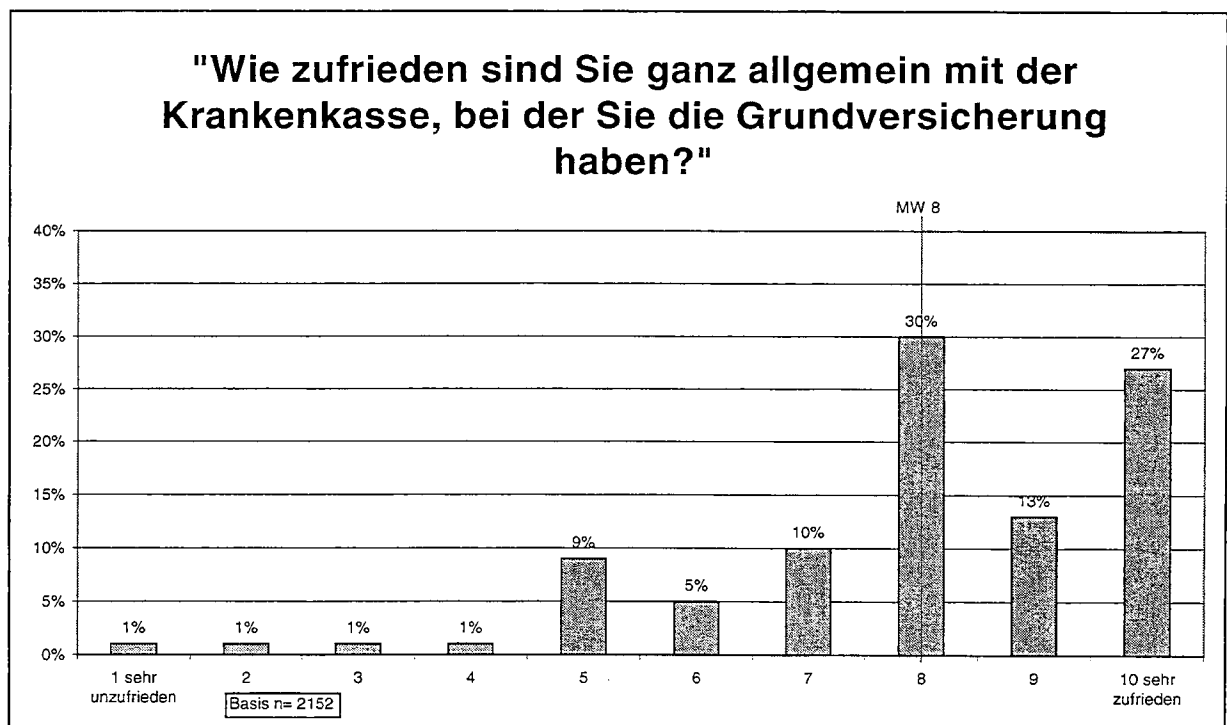
Nun zeigt sich aber, dass Junge von den Informationen der Krankenversicherungen weniger erreicht werden als andere und auch die Verständlichkeit der Informationen als geringer beurteilen.

4.4 Zufriedenheit mit der Krankenkasse

4.4.1 Allgemeine Zufriedenheit

Die allgemeine Zufriedenheit der Zuständigen Personen mit der Krankenkasse, bei der sie die Grundversicherung haben, ist hoch: 70% erreichen Werte von 8-10⁴⁴ und der Mittelwert beträgt 8.0 (STDW 1.8). Der Wert entspricht aber dem, was man aus andern Kundenzufriedenheitsstudien kennt, so dass er nichts Besonderes darstellt.

Darstellung 42: Zufriedenheit mit der Krankenkasse



Auffallend sind hingegen die Unterschiede nach Sprachregionen: die französische und die italienische Schweiz weisen tiefere Werte von 7.8 bzw. 7.5 während die deutsche Schweiz auf 8.1 kommt.

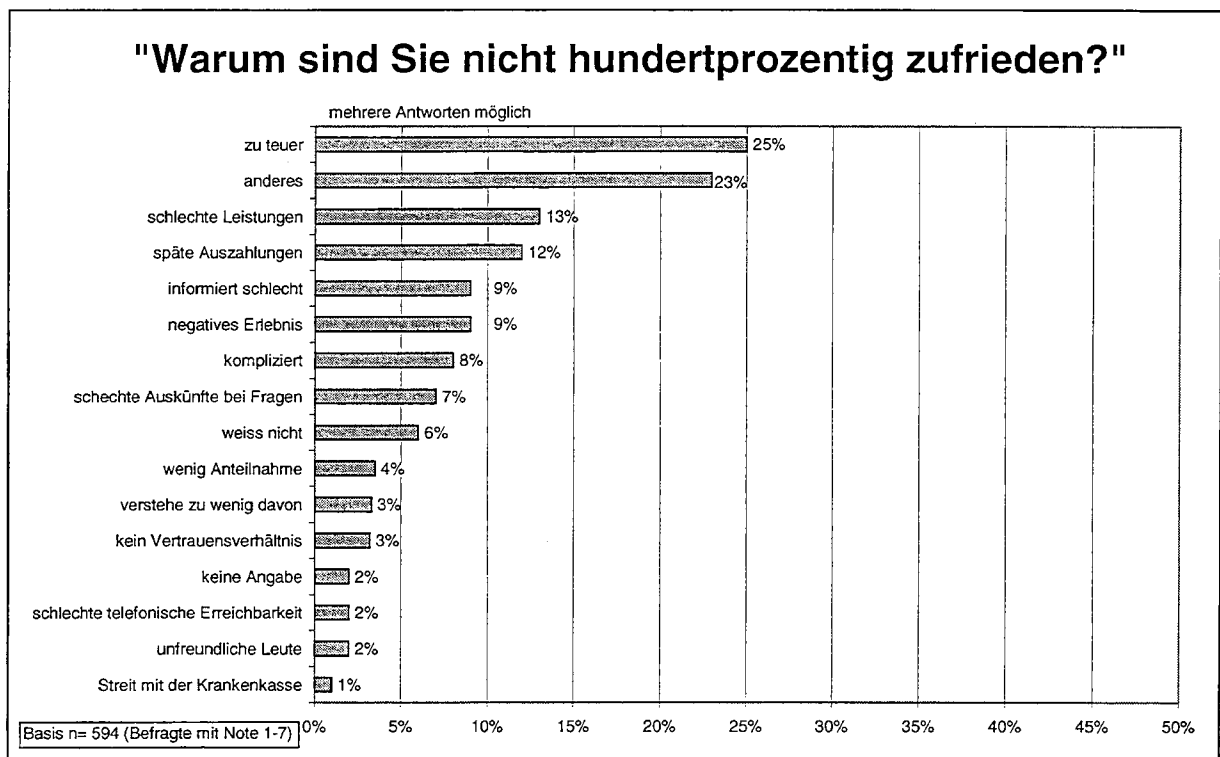
Es bestehen keine Unterschiede nach Haushalteinkommen, Haushalttyp, wohl aber nach Siedlungstyp: Ländliche Haushalte sind etwas zufriedener (8.2).

⁴⁴ Auf einer 10er Skala, wobei 1 = ‚gar nicht zufrieden‘, 10 = ‚sehr zufrieden‘ bedeutet, Mehrfachnennungen waren möglich.

Auch bezüglich der subjektiv beurteilten Prämienbelastung zeigen sich Unterschiede: Wer die Prämien als hoch beurteilt, weist die tiefste Zufriedenheit auf (7.7 gegenüber 8.0 in der Gesamtgruppe). Wer sie als angemessen oder günstig beurteilt, ist zufriedener (8.3 bzw. 8.4). Keine Rolle spielen die Gesundheitskosten des Haushaltes.

Die wichtigsten Gründe, weshalb man nicht hundertprozentig mit der Krankenkasse zufrieden ist⁴⁵, sind der Preis und der Service. Ein Viertel der Zuständigen Personen findet, die Kasse sei zu teuer. Serviceleistungen wie späte Auszahlungen, schlechte Information, schlechte Auskünfte bei Fragen, schlechte telefonische Erreichbarkeit und Freundlichkeit des Personals machen ein weiteres Drittel aus.

Darstellung 43: Gründe mangelnder Zufriedenheit



Vor allem Personen mit hoher Prämienbelastung führen "zu teuer" als Grund ihrer Unzufriedenheit an. Es fällt auch auf, dass Unzufriedenheit viele Ursachen hat: 23% der Zuständigen Personen nennen "andere Gründe".

⁴⁵ Noten unter 8 auf der 10stufigen Skala.

Diese Gründe lassen sich weiter auf etwa gleich grosse Gruppen aufgliedern:

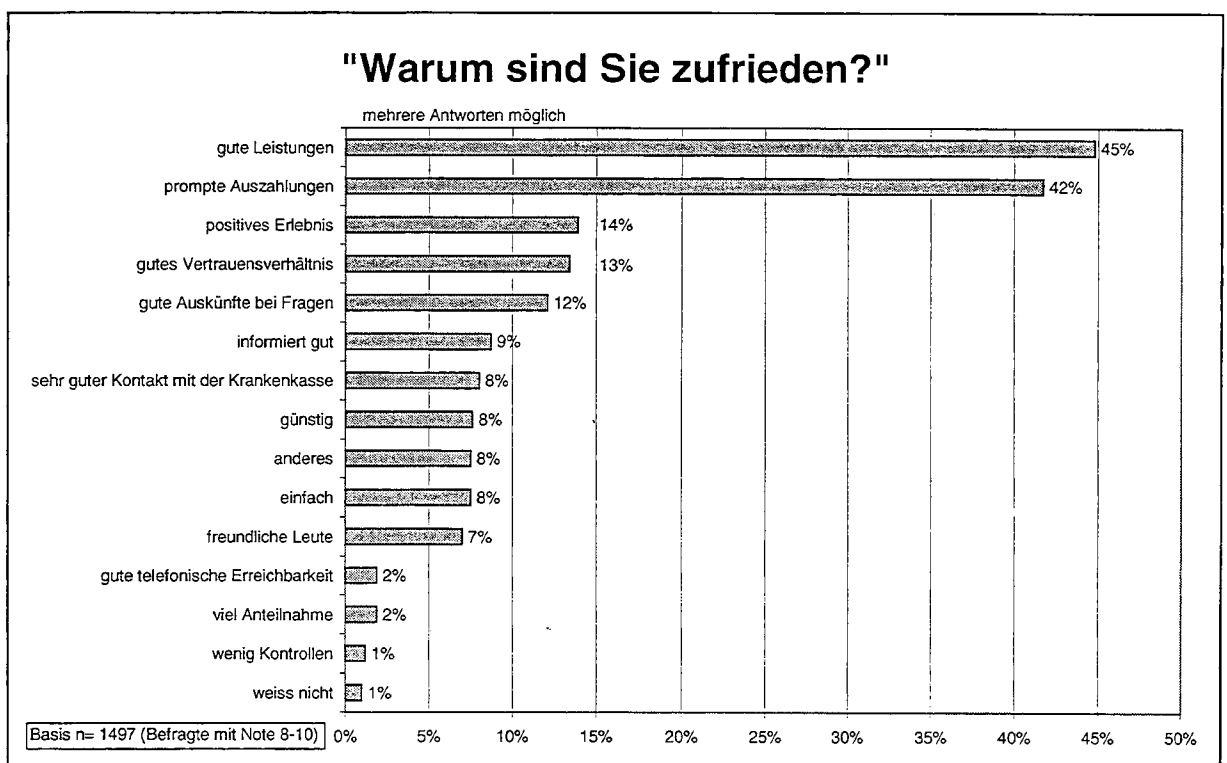
- unklare, gefühlsmässige Gründe
- Probleme mit der Administration (unflexibel, bürokratisch, falsch und unklare Abrechnungen, unklare Zuständigkeiten etc.)
- mangelnde Kompetenz und schlechter Kundendienst
- schlechtes Preis-Leitungsverhältnis, mangelnde Kulanz
- Gründe, die mit dem Leistungskatalog der Grundversicherung und nicht mit der Kasse zu tun haben

Knapp die Hälfte der Zuständigen Personen begründet ihre Zufriedenheit mit den „guten Leistungen“. Serviceaspekte sind insgesamt jedoch noch wichtiger: An erster Stelle die "prompten Auszahlungen" mit 41%, an zweiter Stelle mit 31% weitere Serviceleistungen wie "gute Information", "gute Auskunft", "freundliches Personal" und "gute telefonische Erreichbarkeit". Der "günstige Preis" wird nur von 8% genannt.

Ebenfalls 8% nennen andere Gründe, wie:

- Krankenkasse nicht gebraucht, da gesund
- bisher keine Probleme, hat immer funktioniert
- unbürokratisch, schnell, transparent
- gutes Leistungsangebot (insbesondere Alternativmedizin)

Darstellung 44: Gründe hoher Zufriedenheit



Rund ein Drittel (35%) nennt Punkte, die auf eine langfristige Kundenbeziehung hinweisen, wie positives Erlebnis, gutes Vertrauensverhältnis und sehr guter Kontakt.

Weder bei den Gründen für die Unzufriedenheit noch bei denen für die Zufriedenheit lassen sich systematische Unterschiede nach Subgruppen ausmachen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die allgemeine Zufriedenheit der Zuständigen Personen mit ihrer Krankenkasse hoch ist und damit im Rahmen anderer Kundenzufriedenheitsstudien liegt. Weniger zufrieden sind jedoch Romands/es, Tessiner/innen und Haushalte mit hoher Prämienbelastung.

Gründe für nicht maximale Zufriedenheit sind neben diversen anderen das Preis-Leistungsverhältnis und mangelnde Serviceleistungen der Krankenkasse.

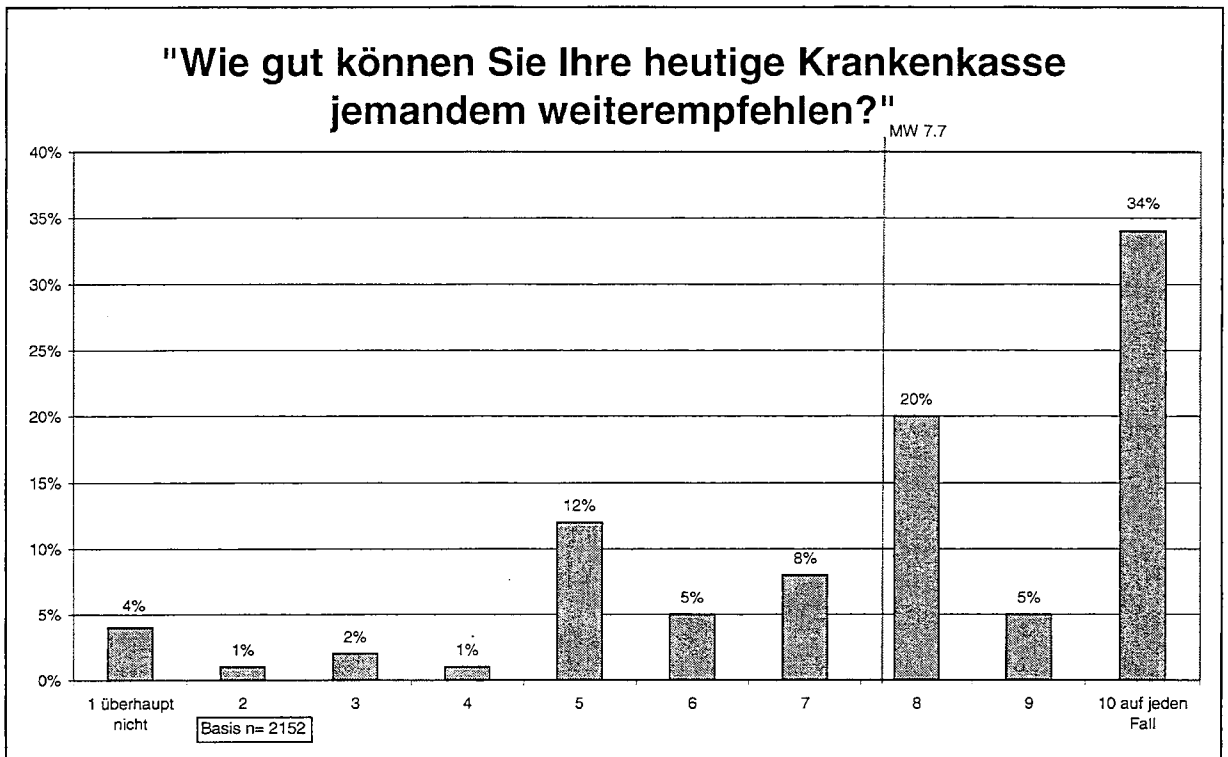
Gründe für hohe Zufriedenheit sind gute Serviceleistungen, z. B. prompte Auszahlungen, gute Information und freundliches Personal.

4.4.2 Empfehlungsbereitschaft

Eine zweite Komponente der Zufriedenheit mit der Krankenkasse stellt die Bereitschaft dar, jemandem die Kasse weiter zu empfehlen.

Der Wert bei der sog. Empfehlungsbereitschaft liegt etwas tiefer (7.7) als die allgemeine Zufriedenheit (8.0), und vor allem gehen die Meinungen etwas stärker auseinander (STDW 2.5 versus 1.8).

Darstellung 45: Empfehlungsbereitschaft



Die sprachregionalen Unterschiede liegen ebenfalls etwas anders: Nur die französische Schweiz liegt mit einem Mittelwert von 7.2 deutlich tiefer. Die Zuständigen Personen in der Romandie sind also weniger bereit, ihre Krankenkasse weiter zu empfehlen.

Unterschiede nach Haushalteinkommen und Haushalttyp sind nicht auszumachen, hingegen ist die Empfehlungsbereitschaft deutlich höher auf dem Lande (8.0 gegenüber 7.6 in der Stadt). Haushalte mit hoher Prämienbelastung sind auch weniger empfehlungsbereit (7.2).

Die Empfehlungsbereitschaft bezüglich der eigenen Krankenkasse liegt etwas unter der allgemeinen Zufriedenheit, insbesondere in der französischen Schweiz, ausserdem gehen die Meinungen darüber deutlicher auseinander.

4.4.3 Zufriedenheit im Schadenfall

Eine dritte Frage zur Messung der Zufriedenheit betrifft die Zufriedenheit im Schadenfall, wenn es also darum geht, dass die Kasse Kosten übernehmen soll. Der Mittelwert liegt mit 8.3 noch höher als die allgemeine Zufriedenheit. Es fällt auf, dass 11% in der deutschen, 19% in der französischen und 24% in der italienischen Schweiz mit "weiss nicht" antworten, möglicherweise aufgrund fehlender Schadenfälle.

Wie bei der allgemeinen Zufriedenheit liegen die sprachregionalen Unterschiede: Die Zuständigen Personen in der französischen und italienischen Schweiz sind weniger zufrieden (7.7 bzw. 7.8 gegenüber 8.5 in der deutschen Schweiz). Und wer die Prämienbelastung als hoch beurteilt, zeigt sich weniger zufrieden (8.0 gegenüber 8.5 bei mittlerer und 8.9 bei tiefer subjektiver Belastung). Andere Unterschiede zeigen sich nicht. Ältere Personen sind zufriedener als die übrigen (8.5 gegenüber 8.2).

Die Zufriedenheit im Schadenfall ist grösser als die allgemeine Zufriedenheit, jedoch weniger deutlich in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz. Denn Romands/es und Tessiner/innen sowie Personen mit hoher Prämienbelastung sind im Schadenfall weniger zufrieden mit ihrer Krankenkasse.

4.4.4 Wiederkauf

Die vierte Messgrösse, die in der Kundenzufriedenheitsforschung verwendet wird, betrifft den sog. **Wiederkauf**. Wir haben die Frage angepasst und nach der Wahrscheinlichkeit gefragt, dass man allfällige Zusatzversicherungen bei der gleichen Kasse abschliessen würde, bei der man grundversichert ist. Deutlich mehr als die Hälfte (59%) der Zuständigen Personen bejahen diese Frage eindeutig⁴⁶, der Mittelwert liegt bei 8.3.

⁴⁶ Wert 10 (= ‚sehr wahrscheinlich‘) auf der 10er-Skala. Dass man Zusatzversicherungen abschliessen kann, wo man will, wussten 74% (vgl. 4.2.3). Denjenigen, die es nicht wussten, wurde es im Interview gesagt, bevor die Frage nach dem Abschluss von Zusatzversicherungen gestellt wurde.

Die Unterschiede nach **Sprachregionen** sind deutlich: Die Deutschschweiz weist die höchsten Werte (8.5), die italienische Schweiz die tiefsten Werte (6.2)⁴⁷, während die französische Schweiz mit 7.9 in der Mitte liegt.

Es ist allerdings anzumerken, dass diese Frage missverstanden worden sein könnte⁴⁸. Möglicherweise wurde sie von einem Teil der Befragten ganz grundsätzlich bezogen auf den Abschluss von Zusatzversicherungen und nicht auf den Abschluss bei der Kasse, bei der Grundversicherung besteht. Denn es zeigt sich: Je höher das Haushalteinkommen und je günstiger die Prämienbelastung desto höher die angegebene Wahrscheinlichkeit.

Die Bereitschaft zum sogenannten Wiederkauf, hier definiert als die Bereitschaft, allfällige Zusatzversicherungen bei der Kasse abzuschliessen, bei der man grundversichert ist, erweist sich als gleich hoch wie die Zufriedenheit im Schadenfall.

Wiederum zeigen Personen mit hoher Prämienbelastung, Romands/es und Tessiner/innen weniger Wiederkaufsbereitschaft.

4.4.5 Interpretation

Die Zufriedenheit der Kunden/innen mit ihrer Krankenkasse in verschiedenen Aspekten ist im allgemeinen hoch, was an sich eine **ungünstige Prognose** für einen Wechsel bzw. generell gesagt für ein am Markt optimierendes Verhalten ergibt.

Für die **Westschweiz** und das Tessin ist sie jedoch aufgrund der tieferen Zufriedenheit in Übereinstimmung mit früheren Befunden etwas positiver. Zudem verstärkt sich die Vermutung, dass finanzielle Motive, unabhängig von der Region, ein weiteres Motiv für marktmässiges Verhalten sein könnten.

Andererseits deutet der vergleichsweise wichtigste Grund für **Unzufriedenheit**, der Preis, darauf hin, dass ein Wechselepotenzial besteht. Allerdings dürfte die Ausschöpfung dieses Potenzials auch davon abhängen, dass es gelingt, den Bezug von Versicherungsleistungen als standardisiert zu positionieren. Das heisst, die Versicherten müssen überzeugt davon sein, dass ihnen aus einem Wechsel keine Nachteile entstehen bzw. dass ein Verbleib ihnen

⁴⁷ Zugleich ist hier die Antwortkategorie "weiss nicht" mit 17% deutlich häufiger als in der Gesamtgruppe (4%)

⁴⁸ Diese Frage wurde erst in der dritten Überarbeitungsrunde nach dem grossen Pretest in den Fragebogen aufgenommen.

keine Vorteile gegenüber Neumitgliedern verschafft. Dies gilt insbesondere für die Gruppe der Haushalte, die eine längere Kundenbeziehung zu ihrer heutigen Kasse haben, die noch von den Erfahrungen aus Zeiten des KUVG mit situativer Kulanz und freiwilligen Leistungen geprägt ist.

4.5 Prämienverbilligung⁴⁹

Im Folgenden wird dargestellt, wie bekannt die im KVG verankerte Möglichkeit zur Prämienverbilligung ist (4.5.1), welcher Anteil der Haushalte deswegen kontaktiert wurde (4.5.2) und wie viele Haushalte eigene Anstrengungen für eine Prämienverbilligung unternommen haben (4.5.3) und wer Prämienverbilligung erhält (4.5.4). Abschliessend werden die verschiedenen Vorgänge bei der Prämienverbilligung in einer Übersicht dargestellt (4.5.5) und interpretiert (4.5.6).

4.5.1 Bekanntheit

85% der Zuständigen Personen haben schon einmal von der im KVG geschaffenen Möglichkeit zur Prämienverbilligung gehört. Wie schon früher festgestellt, sind Ein-Personen-Haushalte weniger informiert, grosse Haushalte dagegen besser (81% bzw. 92 % gegenüber der Gesamtgruppe mit 85%)⁵⁰.

Haushalte mit hohen Gesundheitskosten wissen besser Bescheid als die andern (90% gegenüber 84%), ebenso sind Personen der mittleren Altersgruppe besser informiert als solche jüngeren Alters (89% gegenüber 81%). Andere Unterschiede sind nicht auszumachen.

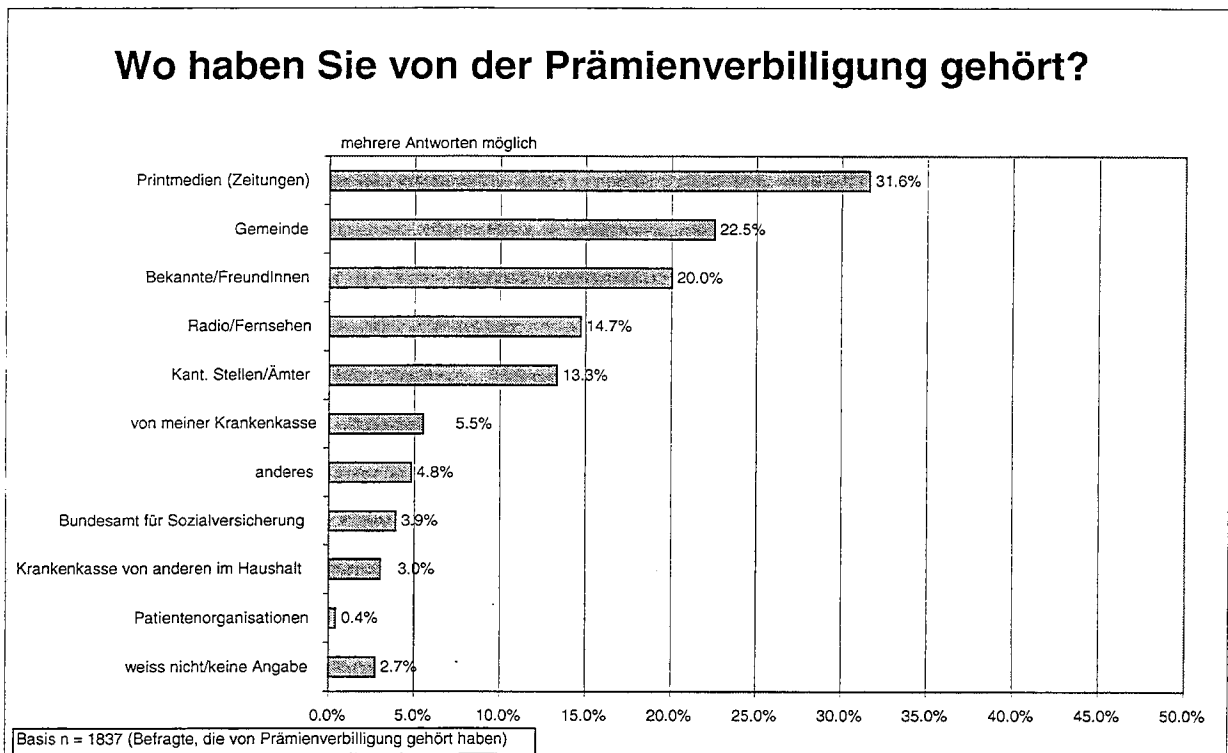
Printmedien, die Gemeinde und Bekannte/Freunde/innen sind die wichtigsten Informationsquellen, wobei in der Regel nur eine Quelle genannt wird:

⁴⁹ Zur Prämienverbilligung liegt im Rahmen der Evaluation des KVG bereits ein Bericht vor: Balthasar, Andreas: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen. Evaluationsergebnisse und Monitoringkonzept. Forschungsbericht Nr. 21/98.

Ein weitere Studie ist in Arbeit: Balthasar, Andreas/Bieri, Oliver/Furrer, Cornelia: Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung in den Kantonen Zürich, Luzern, Basel-Stadt, Appenzell-Ausserrhoden, Neuenburg und Genf (erscheint 2001).

⁵⁰ Kleine Haushalte erhalten auch weniger häufig als grosse eine Prämienverbilligung (vgl. 4.5.4)

Darstellung 46: Informationsquellen der Prämienverbilligung

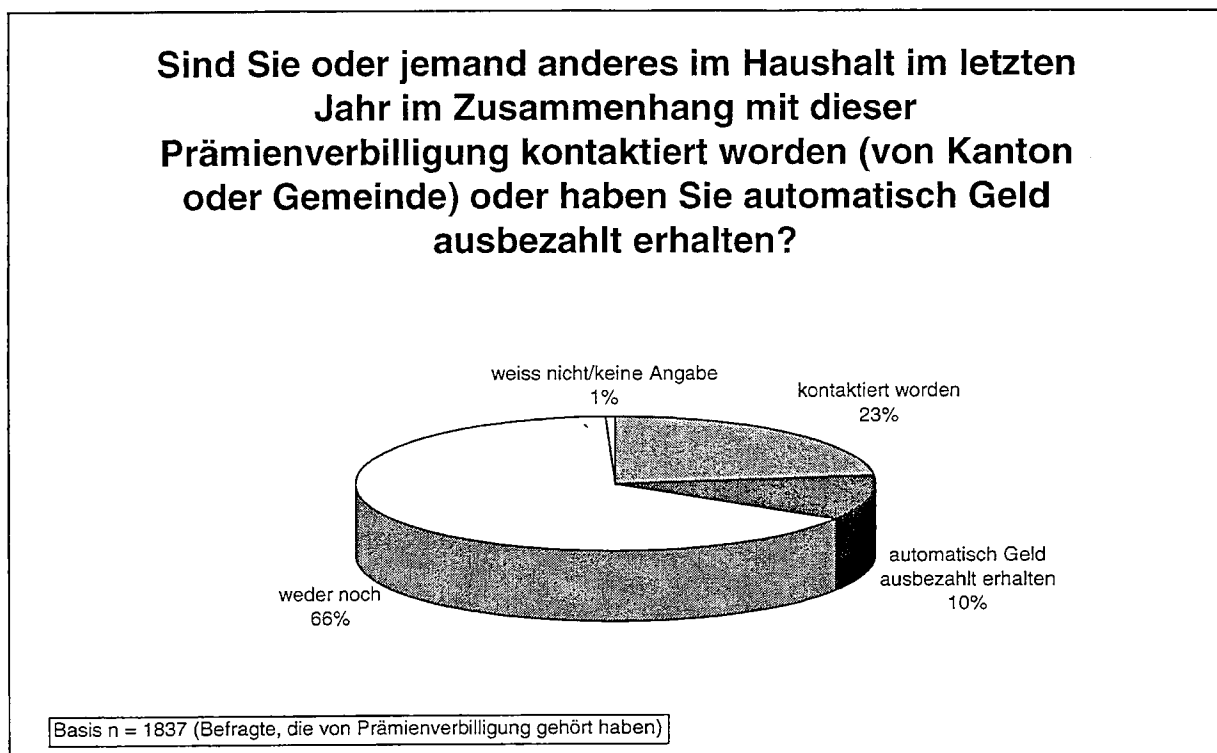


Die Unterschiede nach Sprachregionen sind gering. In der Deutschschweiz sind kantonale Stellen wichtiger, in der französischen und italienischen Schweiz hingegen Bekannte und Freunde/innen. Einkommensschwache Haushalte wissen davon weniger aus den Medien und von Bekannten, dafür mehr von der Gemeinde und kantonalen Stellen. Dies dürfte damit zu tun haben, dass diese Stellen in einem Teil der Kantone aufgrund der Steuereinschätzung von sich aus aktiv werden und die Haushalte ansprechen.

4.5.2 Kontakte von Seiten des Staates

Im letzten Jahr, d.h. im Jahre 1999, ist rund ein Viertel der Haushalte in Sachen Prämienverbilligung kontaktiert worden und ein Zehntel hat automatisch eine Auszahlung erhalten. In zwei Drittel aller Haushalte war weder das eine noch das andere der Fall:

Darstellung 47: Kontaktaufnahme bzw. Auszahlung in Sachen Prämienverbilligung



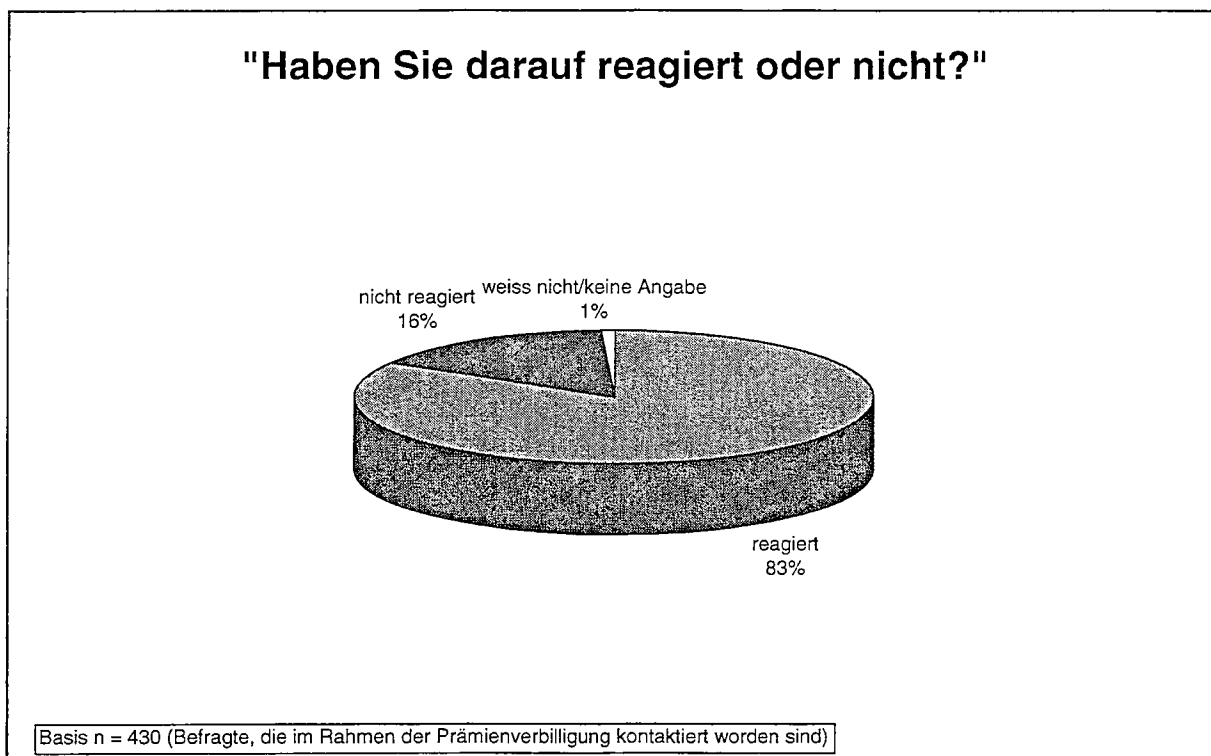
In den sprachregionalen Unterschieden dürfte sich eine unterschiedliche Handhabung der Kantone zeigen: Während in der deutschen Schweiz 27% der Haushalte kontaktiert wurden, sind es in der französischen und der italienischen Schweiz nur 17% bzw. 7%, in der italienischen Schweiz wurde kaum automatisch Geld ausbezahlt (3% gegenüber 10% in der Gesamtgruppe). Einkommensschwächere und grössere Haushalte und solche, die eine hohe Prämienbelastung angeben, sind erwartungsgemäss stärker angesprochen worden als andere. Sie sind ja die Zielhaushalte der Prämienverbilligung.

Die jungen Haushalte sind überdurchschnittlich häufig kontaktiert worden (30% gegenüber 23% der Gesamtgruppe und 18% der älteren) und erhielten auch eher automatisch Geld ausbezahlt (16% gegenüber 10% der Gesamtgruppe).⁵¹

Wer in Sachen Prämienverbilligung kontaktiert wurde, hat meist darauf reagiert. Die Unterschiede liegen wiederum in der erwarteten Richtung: Einkommensschwache Haushalte und solche mit hoher Prämienbelastung reagieren stärker (92% bzw. 89%).

⁵¹ Möglicherweise ist dies eine Folge des hohen Anteils Studierender in dieser Altersgruppe.

Darstellung 48: Reaktion auf Kontakte in Sachen Prämienverbilligung



Allerdings haben 16% nicht reagiert. Es sind dies vor allem einkommensstarke Haushalte (39%), während nur 8% der einkommensschwachen und 10% der Haushalte mit hoher Belastung nicht reagierten.

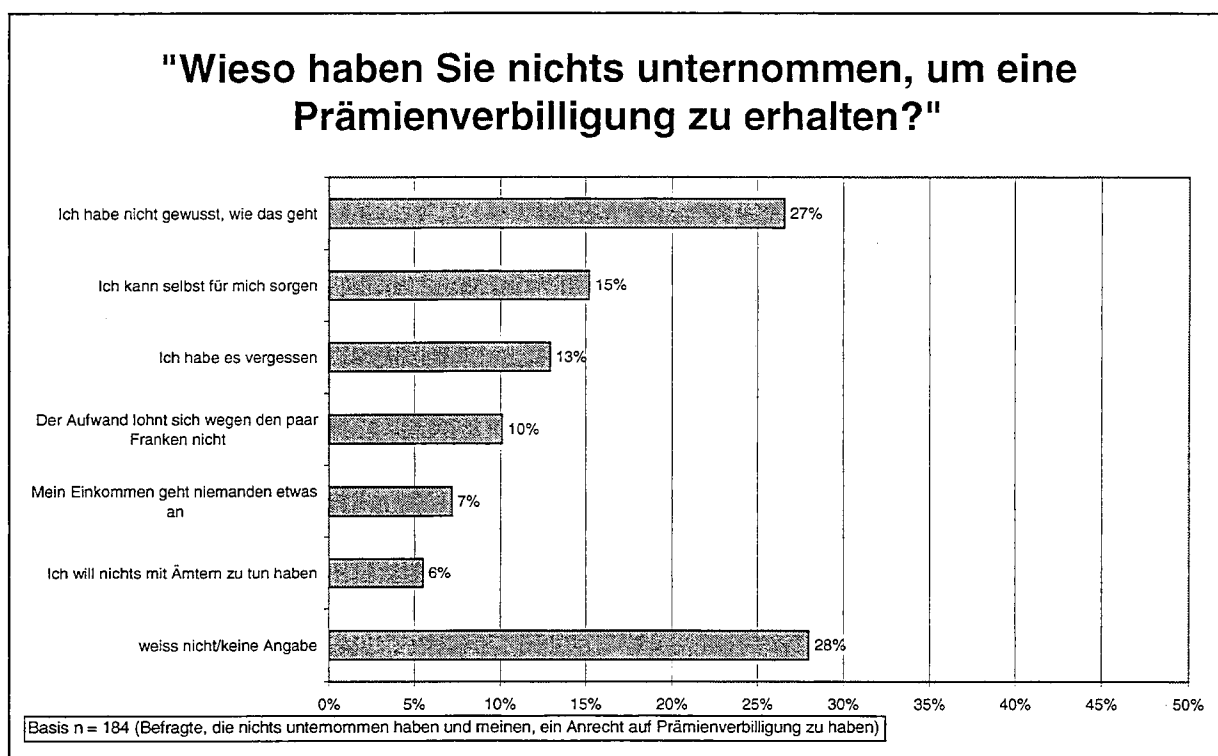
4.5.3 Eigene Aktivitäten

Von den 66% der Haushalte, die weder kontaktiert wurden noch eine Auszahlung erhielten, haben 12% von sich aus etwas unternommen, um eine Prämienverbilligung zu erhalten. Es sind dies vor allem Haushalte in der italienischen Schweiz (24%), einkommensschwache (27%), grosse (20%) und prämiensbelastete (17%) sowie junge Haushalte (19%).

Wer nichts unternommen hat, ist mehrheitlich (89%) der Meinung, kein Anrecht auf eine Prämienverbilligung zu haben. Der Anteil derjenigen, die ihrer Meinung nach ein Anrecht haben, aber nichts unternehmen, beträgt demzufolge nur 4% aller befragten Haushalte. Umgekehrt kann angenommen werden, dass häufiger aktiv wird, wer ein Anrecht wahrnimmt.

Wer nichts unternommen hat und dennoch meint, ein Anrecht auf eine Prämienverbilligung zu haben, begründet dies ganz unterschiedlich und im Durchschnitt mit zwei Gründen: in erster Linie mit dem Argument, man habe "nicht gewusst, wie das geht". Die anderen genannten Gründe können durchaus unter "bewusster Verzicht" zusammengefasst werden, sie machen 51% der Fälle aus. 19% finden keine Begründung für ihr Handeln und 9% machen keine Angabe.

Darstellung 49: Gründe für unterbliebene Eigenaktivität



An Unterschieden ist einzig zu erwähnen, dass einkommensschwache Haushalte und Haushalte mit hoher Prämienbelastung überdurchschnittlich häufig angeben, nicht gewusst zu haben, wie man zu einer Prämienverbilligung kommt.

4.5.4 Erhalt von Prämienverbilligung

Knapp drei Viertel der Haushalte (70%), die auf eine Anfrage reagiert haben oder selber aktiv geworden sind, haben Beiträge erhalten. Diese Haushalte verfügen einerseits über kleine Einkommen und sind andererseits gross.⁵²

Darstellung 50: Anteil Haushalte mit Prämienverbilligung nach Haushaltseinkommen und Haushaltgrösse

Prämienverbilligung erhalten (in %)	Haushalteinkommen			Haushaltgrösse			
	unter Fr. 3000.-	Fr. 3000.- – 5000.-	über Fr. 5000.-	1 Person	2 Personen	3 Personen	4 Personen oder mehr
Ja	77	71	40	64	72	62	83
Nein	22	29	60	35	26	38	16

Der mittlere ausbezahlte Beitrag⁵³ pro Haushalt und Jahr beläuft sich auf Fr. 1034.- Ein Viertel der Empfänger/innen erhält bis zu Fr. 600 und ein weiterer Viertel erhält mehr als Fr. 1870. Der Durchschnittswert, beeinflusst durch einzelne hohe Werte, beträgt Fr. 1487.

Die Beiträge zur Prämienverbilligung sind in der Romandie und im Tessin höher als in der deutschen Schweiz, was wohl mit dem dortigen, grundsätzlich höheren Prämienniveau zu tun hat:

- Deutsche Schweiz Fr. 1'066
- Französische Schweiz Fr. 2'127
- Italienische Schweiz Fr. 1'903

⁵² Andere Unterschiede sind nicht feststellbar.

⁵³ Der Median bezeichnet den Betrag, der von 50% der Empfänger unterschritten und von 50% überschritten wird (vgl. Fussnote 23)

Einkommensschwache Haushalte erhalten die grössten Beiträge (Fr. 1'761), Haushalte mit mittleren und hohem Einkommen deutlich weniger (Fr. 984 bzw. Fr. 1'218). Die Beiträge an die älteren Haushalte sind am tiefsten (Fr. 1'234), für die jüngeren Haushalte liegen sie etwas höher (Fr. 1'328) und für die Haushalte der mittleren Altersgruppe klar am höchsten (Fr. 1'720).

Im übrigen sind die Beiträge zur Prämienverbilligung umso höher,

- je höher die subjektive Prämienbelastung ist
- je grösser der Haushalt ist
- je tiefer das Haushaltseinkommen ist

Kleinere Beiträge erhalten naheliegenderweise Haushalte mit höheren Einkommen sowie Ein-Personen-Haushalte.

Eine vertiefte Analyse zeigt, dass die Haushaltsprämien bei den Haushalten systematisch höher sind, die Prämienverbilligung erhalten und zwar in allen drei Einkommensgruppen: Der Unterschied macht zwischen Fr. 45 und 92 pro Monat oder zwischen Fr. 540 und 1'104 pro Jahr aus. Mit andern Worten: Die Prämienverbilligung kommt den stärker belasteten Haushalten zugute.

Darstellung 51: Mittlere Haushaltsprämien der Haushalte mit und ohne Prämienverbilligung nach Haushaltseinkommen

Standardisiertes Haushaltseinkommen	Prämienverbilligung	Mittlere Haushaltprämie pro Monat in Fr.
unter Fr. 3'000	ja	375
	nein	330
Fr. 3'000 bis 5'000	ja	419
	nein	327
über Fr. 5'000	ja	401
	nein	353
Insgesamt	ja	390
	nein	333

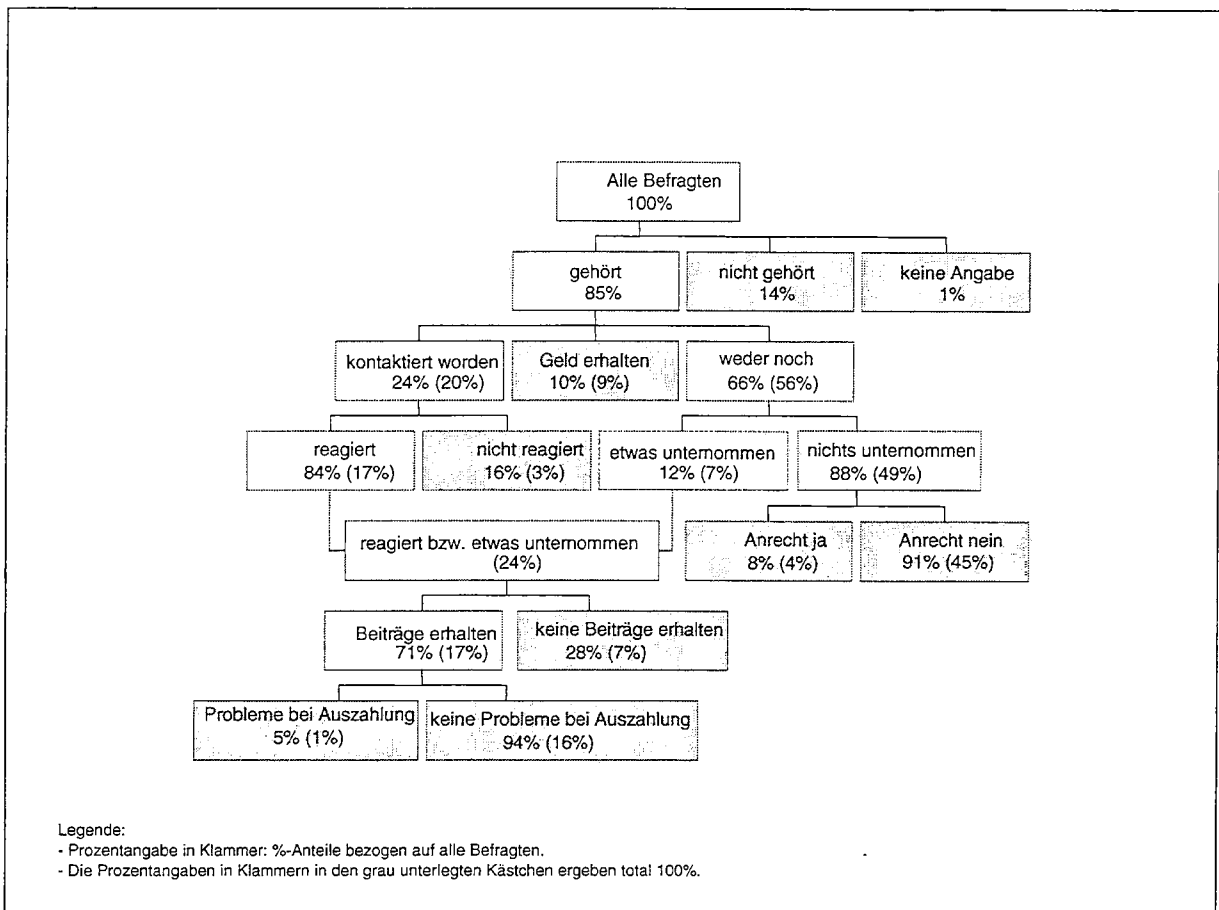
⁵³ Der Median bezeichnet den Betrag, der von 50% der Empfänger unterschritten und von 50% überschritten wird (vgl. Fussnote 23)

4.5.5 Die Prämienverbilligung in der Übersicht

In einer Gesamtübersicht der Situation bei der Prämienverbilligung zeigt sich, bezogen auf das Jahr 1999 und die Grundgesamtheit aller Haushalte, und nicht nur bezogen auf die Haushalte die von der Prämienverbilligung schon gehört haben, folgendes Bild:

- 9% erhielten direkt Geld ausbezahlt erhalten,
- 20% wurden den von Amtes wegen kontaktiert und 17% reagierten,
- 7% der Haushalte, die nicht angesprochen wurden, reagierten von sich aus aktiv,
- also erhielten insgesamt 26% aller Haushalte eine Prämienverbilligung.

Darstellung 52: Die Prämienverbilligung im Überblick



Probleme bei der Auszahlung gibt es kaum, nur 4% der 560 beitragsempfangenden Haushalte bejahen diese Frage. Als Probleme werden genannt (mehrere Antworten möglich):

- es dauerte lange 45%
- die Auskunft war schlecht 19%
- keine Information durch Kanton 17%
- kein Geld erhalten 17%
- es war kompliziert 16%
- anderes 6%

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Möglichkeit einer Prämienverbilligung hinreichend bekannt ist, wobei alleine lebende Personen schlechter, grosse Haushalte hingegen besser informiert sind. Printmedien, die Gemeinde und Bekannte sind die wichtigsten Informationsquellen.

Im Jahre 1999 ist rund ein Fünftel aller Haushalte in Sachen Prämienverbilligung kontaktiert worden, knapp ein Zehntel hat automatisch eine Auszahlung erhalten. Diese Anteile sind in der Romandie und im Tessin geringer. Damit wurden vorwiegend die Zielhaushalte der Prämienverbilligung, nämlich einkommensschwächere und grosse Haushalte, erreicht.

Reagiert haben die meisten kontaktierten Haushalte, jedoch knapp ein Zehntel der Zielhaushalte meldete sich nicht. 7% der Haushalte, die nicht angesprochen wurden, entwickelten von sich aus Aktivitäten, um zu einer Prämienverbilligung zu kommen. Wer nichts unternommen hat, ist mehrheitlich der Meinung, kein Anrecht darauf zu haben.

Wer auf eine Anfrage reagiert oder selber aktiv wird, erhält meist auch Prämienverbilligung (70%), vor allem einkommensschwache und grosse Haushalte.

Bezogen auf das Total aller Haushalte erhielten 26% eine Prämienverbilligung, 9% direkt ausbezahlt, die übrigen 17% mehrheitlich aufgrund eines Kontaktes von staatlicher Seite.

Im Mittel⁵⁴ wurde den Haushalten im Jahr Fr. 1034 an Prämienverbilligungen bezahlt, die Beträge sind in der Deutschschweiz im Durchschnitt tiefer als in der übrigen Schweiz. Im übrigen sind die Beträge in den Fällen höher, wo ein grösserer Bedarf anzunehmen ist, beispielsweise hohe Prämienbelastung, tiefes Haushalteinkommen und grössere Personenzahl. Probleme bei der Auszahlung kommen kaum vor.

⁵⁴ Es wurde hier der Median verwendet (vgl. Fussnote 23).

4.5.6 Interpretation

Die Prämienverbilligung als ein Instrument des KVG funktioniert und scheint ihr **Zielpublikum** zu erreichen. Sie ist nämlich sehr gut bekannt und wer kontaktiert wird, reagiert auch. Wer nicht kontaktiert wird, reagiert von sich aus, wenn er einen Anspruch wahrnimmt. Die grosse Mehrheit der kontaktierten oder selbst aktiv werdenden Haushalte erhält auch eine Prämienverbilligung, wobei diese in der Regel ohne Probleme erfolgt.

Ob die ausbezahlten Beträge jedoch dem Bedarf angemessen sind und in **quantitativer Hinsicht** das Ziel erreicht wird, kann nicht gesagt werden. Die Praxis des Kantons spielt in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle.

Im Hinblick auf das Image des KVG ist dieser Punkt wohl von Bedeutung, da anzunehmen ist, dass die Rolle des Kantons zu wenig bekannt ist und allfällige Unzufriedenheit mit der Prämienverbilligung dem KVG angelastet wird. Dies kann allerdings auch umgekehrt geschehen in den Kantonen, die ihren Spielraum voll ausnützen.

4.6 Wechselverhalten

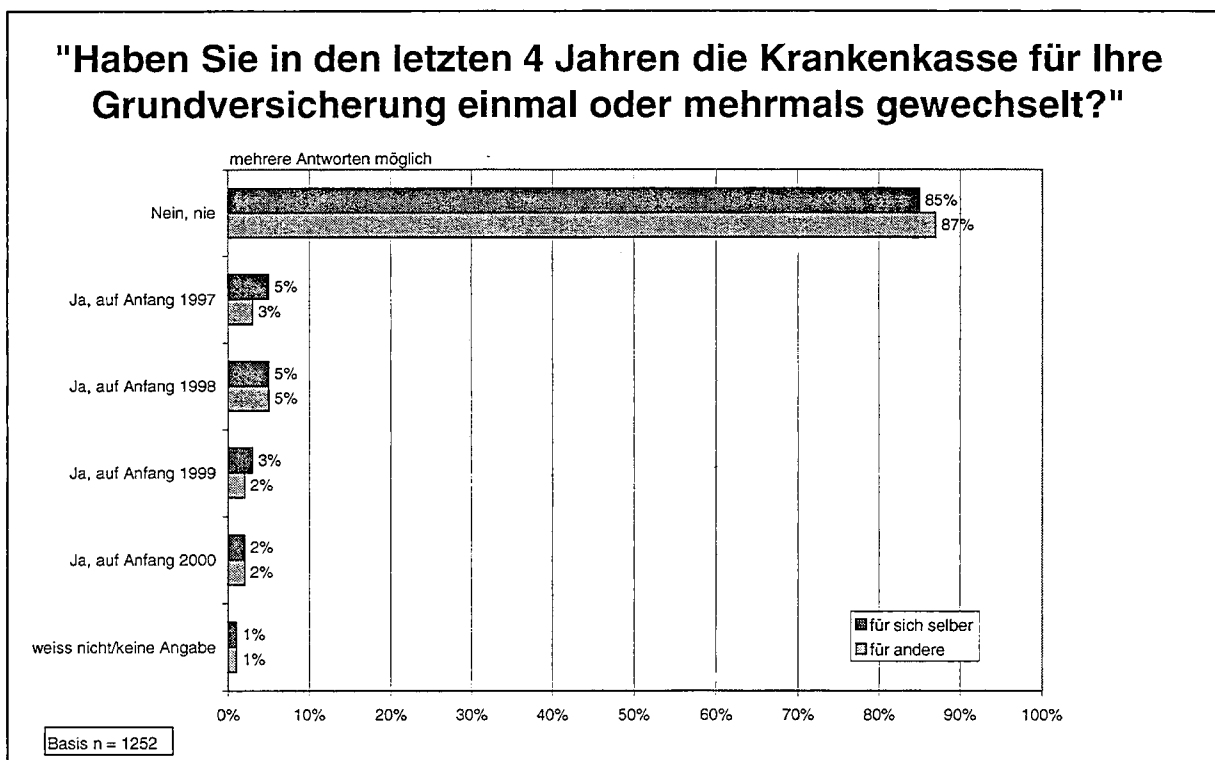
Im Folgenden wird das Wechselverhalten der Haushalte in Bezug auf drei Aspekte untersucht:

- Wechsel der Grundversicherung von einer Kasse zur anderen (4.6.1)
- Veränderungen der Police (4.6.3)
- Veränderungen bei den Zusatzversicherung (4.6.4)

4.6.1 Wechsel der Grundversicherung

Die bereits festgestellte lange Zugehörigkeit zur Krankenkasse spiegelt sich natürlich auch in der tiefen Wechselquote seit der Einführung des KVG auf Anfang 1996. Nur 15% der Zuständigen Personen haben in den letzten vier Jahren ihre eigene Grundversicherung gewechselt, 14% einmal und 1% mehrmals:

Darstellung 53: Wechsel der Grundversicherung seit 1996



Die Quote der jährlichen Wechsel liegt somit zwischen 2% und 5% und hat in den letzten zwei Jahren abgenommen⁵⁵: Es ist naheliegend, dass die Zuständigen Personen etwa gleich häufig für sich selber und für andere Personen im Haushalte wechseln.

Darstellung 54: Anzahl der Wechsel nach Jahr (alle Personen im Haushalt)

Anzahl Wechsel in %	auf Anfang 1997	auf Anfang 1998	auf Anfang 1999	auf Anfang 2000
kein Wechsel	94.8	94.2	96.6	97.4
1	3.6	3.7	2.4	1.6
2	1.0	0.8	0.3	0.4
3	0.2	0.6	0.3	0.4
4	0.4	0.4	0.2	0.2
5	0.1	0.3	0.1	0.05

Überdurchschnittlich ist die Wechselquote in der französischen Schweiz (20%) und bei den grossen Haushalten (4 oder mehr Personen: 18%), unterdurchschnittlich hingegen nur bei den Zwei-Personen-Haushalten (11%), ansonsten zeigen sich keine Unterschiede.

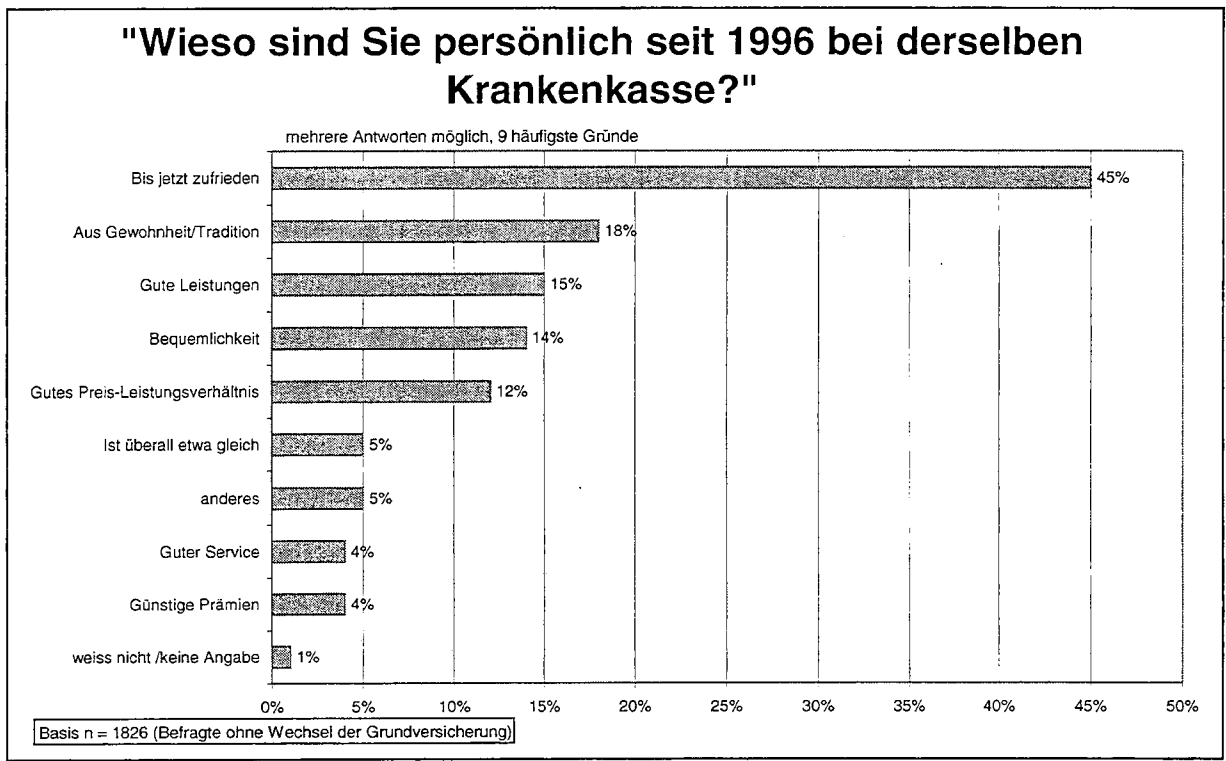
Der wichtigste Grund (45%) für den Verzicht auf einen Krankenkassenwechsel⁵⁶ liegt darin, dass die "bis jetzt zufrieden" sind. Von weniger als 20% der Zuständigen Personen werden als Gründe genannt: "Gewohnheit /Tradition", "gute Leistungen", "Bequemlichkeit" sowie "gutes Preis-Leistungsverhältnis".

⁵⁵ Gemäss den Angaben zur bisherigen Krankenkassenzugehörigkeit (vgl. Kap.4.1.2) sind 23% der Zuständigen Personen erst seit 1-5 Jahren bei ihrer heutigen Krankenkasse versichert, d.h. 23% haben in den letzten 5 Jahren, d.h. seit 1995, ihre Krankenkasse gewechselt. Aufgrund der dargestellten Frage nach dem Kassenwechsel ergibt sich nur ein Anteil von 15% seit 1996.

Die Differenz von 8% lässt sich auf zweierlei Weise erklären: Entweder haben auf Ende 1996 8% die Krankenkasse gewechselt oder die Angaben sind widersprüchlich. Da die Frage nach dem Wechsel konkreter gestellt ist und nicht anzunehmen ist, dass unter dem alten Gesetz (KUVG) mehr Personen gewechselt haben als unter dem neuen, welches den Wechsel erleichtert, gehen wir davon aus, dass die Wechselrate bei 15% liegt.

⁵⁶ Es werden im Durchschnitt 1.3 Gründe angegeben.

Darstellung 55: Gründe für Nicht-Wechsel nach 1996



Zusammengefasst ergeben sich drei Hauptgründe: allgemeine Zufriedenheit, Gewohnheit und Bequemlichkeit sowie gutes Preis-Leistungsverhältnis:

Darstellung 56: Hauptgründe für den Verzicht auf einen Wechsel

Grund	in %	vor allem genannt von folgenden Subgruppen:
allgemeine Zufriedenheit	46%	deutsche Schweiz angemessene Prämienbelastung
Gewohnheit/ Tradition/ Bequemlichkeit	32%	deutsche Schweiz einkommensstarke Haushalte
gutes Preis-Leistungs verhältnis ⁵⁷	22%	französische Schweiz

⁵⁷ Die Nennung "gute Leistungen" ist hier nicht berücksichtigt, da diese in der Grundversicherung bei allen Krankenkassen gleich sind.

Zwei wichtige Gründe, weshalb man bei der heutigen Krankenkasse ist (vgl. Kap. 4.1.2) decken sich bei den Zuständigen Personen im Wesentlichen mit denen des Nichtwechsels: "Gewohnheit/Bequemlichkeit" und "guter Preis".

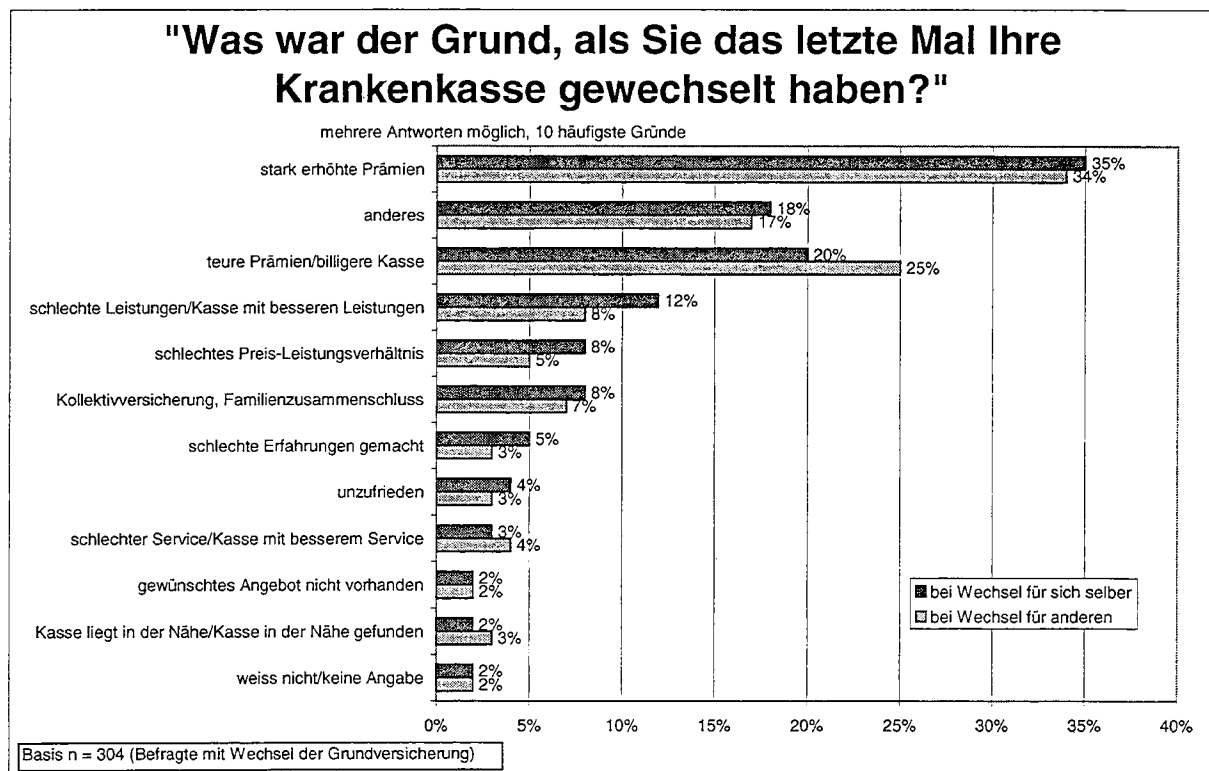
Darstellung 57: Vergleich der Gründe für heutige Kassenzugehörigkeit und Nichtwechsel

Grund	Grund für heutige Zugehörigkeit	Grund für Nichtwechsel
Gewohnheit/Tradition/Bequemlichkeit	30%	32%
guter Preis/Prämie	17%	22%

Für einen Wechsel der Krankenkasse gibt es im Wesentlichen nur einen Grund, den Preis: 63% der Zuständigen Personen nennen damit zusammenhängende Gründe (z.B. stark erhöhte Prämien, teure Prämien, schlechtes Preis-Leistungsverhältnis). In der italienischen Schweiz geben gar 90% diesen Grund an.

Der Grund "schlechte Leistungen/Kasse mit besseren Leistungen" (12% bzw.8%) muss im Rahmen der Grundversicherung mit den standardisierten Leistungen als mangelnde Informiertheit bezeichnet werden.

Darstellung 58: Gründe für den letzten Kassenwechsel



Im übrigen fächern sich die Gründe breit auf. 18% bzw. 17% der Nennungen fallen unter "Anderes", so werden beispielsweise genannt:⁵⁸

- Probleme mit Visana
- Fusion
- Empfehlung von Familie
- schlechte Politik der Kasse
- zu wenig familienfreundlich

Bei der Begründung des letzten Kassenwechsels zeigen sich einige Unterschiede nach Subgruppen: Eine starke Prämienerrhöhung für sich selber führen die Zuständigen Personen vor allem in der französischen Schweiz als Grund für den letzten Kassenwechsel an, teure Prämien und ein schlechtes Preis-Leistungsverhältnis vor allem in der italienischen Schweiz. Mittlere Einkommen erwähnen ebenfalls eine starke Prämienerrhöhung, während einkommensstarke Haushalte überdurchschnittlich häufig auf ein schlechtes Preis-Leistungsverhältnis hinweisen.

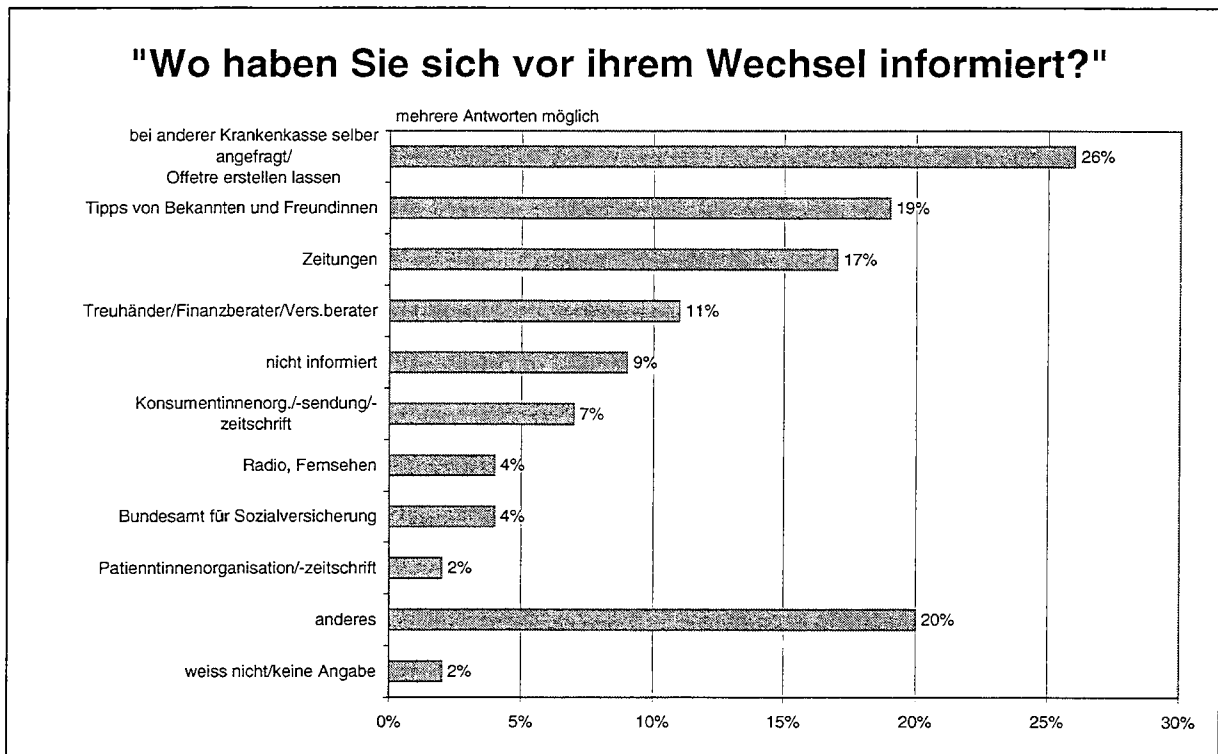
Vor dem Wechsel hat etwa ein Viertel der Zuständigen Personen direkt bei anderen Krankenkasse angefragt oder sich eine Offerte erstellen lassen. Ein weiteres Viertel hat sich bei spezialisierten Stellen (wie Berater/innen, Konsumenten- und Patientenorganisationen oder Konsumentenmedien oder BSV) informiert, andere haben Tipps von Bekannten genutzt oder sich in Zeitungen informiert. Anzumerken ist, dass nur jede fünfte Person mehr als *eine* Informationsquelle nennt.

Die Nennungen unter "Anderes" umfassen in erster Linie:

- berufliche, arbeitsplatzbezogene Quellen (auch im Zusammenhang mit Kollektivversicherungen)
- das Internet
- diverse andere Einzelnennungen

⁵⁸ Obwohl zahlenmässig (nur 2 Nennungen) belanglos ist der folgende Grund materiell jedoch interessant: Wechsel wegen höherer Prämie für Zusatzversicherung, da man die Grundversicherung nicht bei der gleichen Kasse hat.

Darstellung 59: Informationsquellen vor dem letzten Wechsel

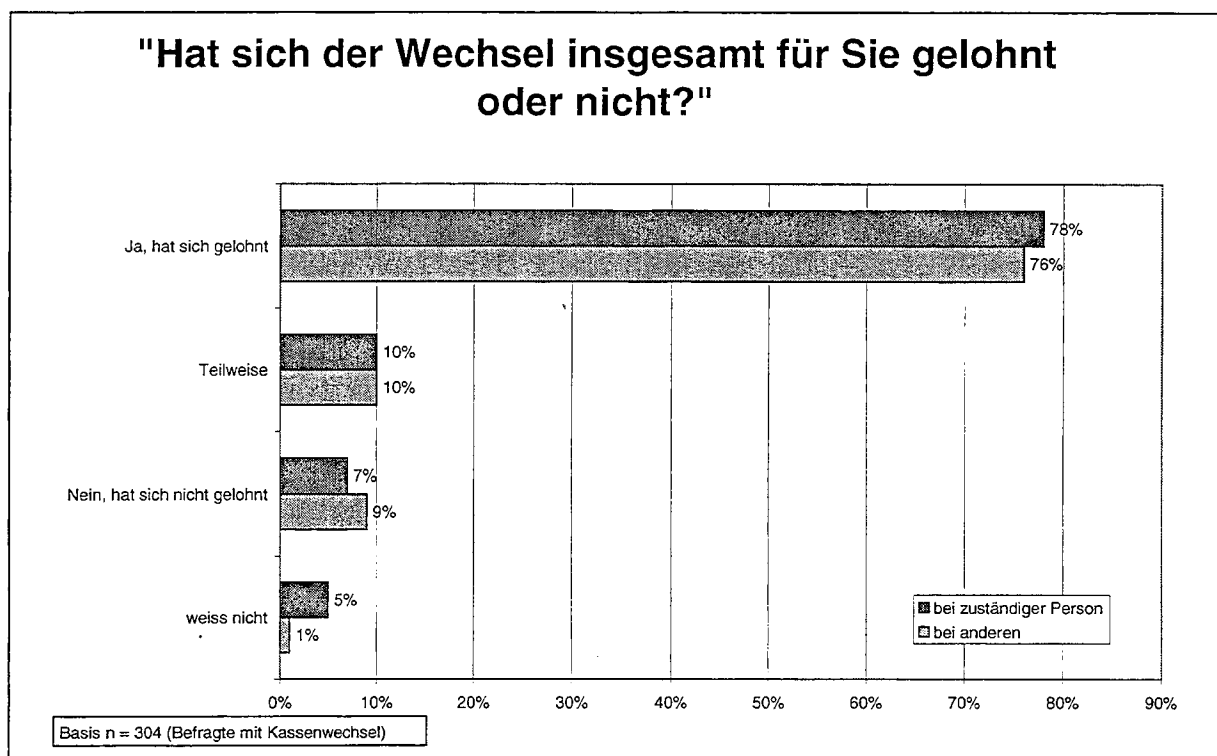


Es fällt auf, dass es kaum Unterschiede nach Subgruppen gibt: Nur in der italienischen Schweiz werden überdurchschnittlich häufig Berater/innen beigezogen (26% gegenüber 11% in der Gesamtgruppe), entsprechend dem Befund, dass man sich hier überdurchschnittlich häufig bei Beratern/innen über die Grundversicherung informiert (vgl. Kap. 4.3.1). Und wer die Prämienbelastung als gering beurteilt, hat sich häufiger nicht informiert (30% gegenüber 9% in der Gesamtgruppe).⁵⁹

Der Wechsel hat sich nach Ansicht der Zuständigen Personen sowohl für sie selber als auch für andere Mitglieder des Haushaltes eindeutig gelohnt, rund drei Viertel sind dieser Meinung.

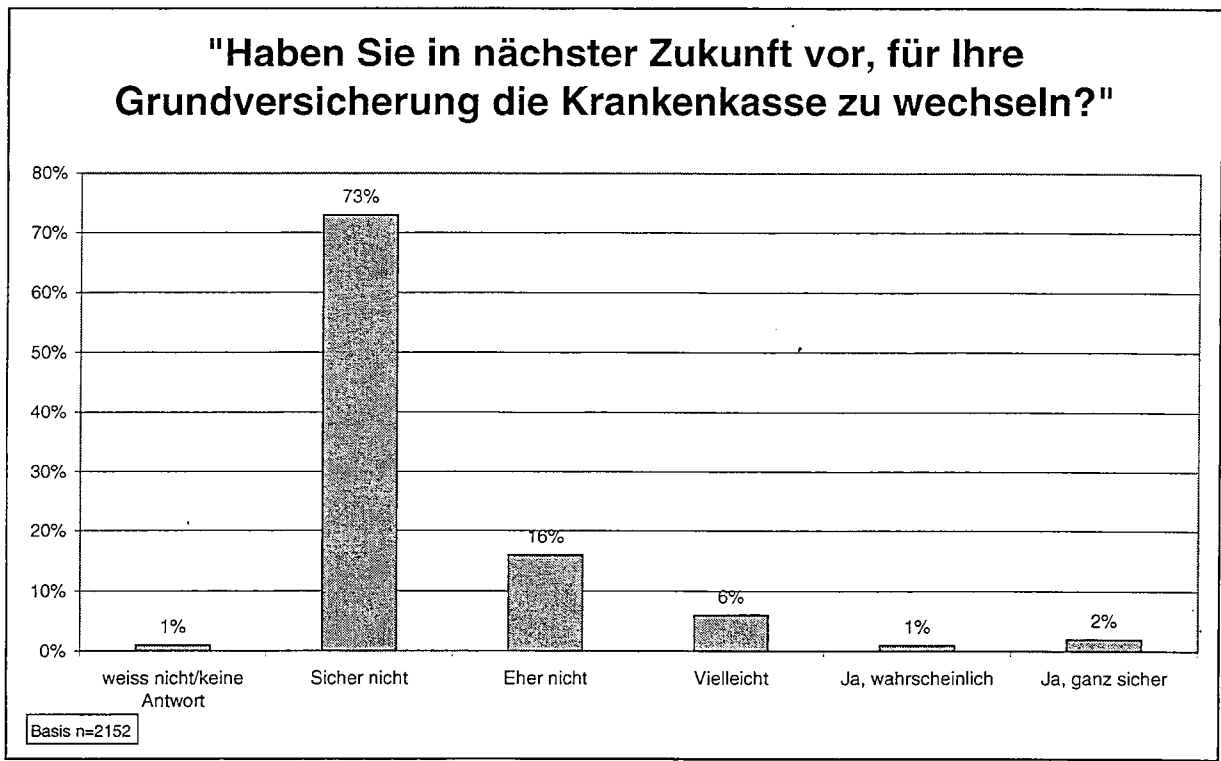
⁵⁹ Einkommensstarke Haushalte haben sich tendenziell ebenfalls häufiger nicht informiert.

Darstellung 60: Bilanz des Kassenwechsels



Entsprechend dem geringen Anteil der jährlichen Wechsler/innen seit 1996 (2-5%) beabsichtigen auch nur 3%, in nächster Zukunft für die Grundversicherung die Krankenkasse zu wechseln. Hingegen denken 73% "sicher nicht" und 16% "eher nicht" daran. Zudem fällt auf, dass es keine Unterschiede nach Subgruppen gibt.

Darstellung 61: Beabsichtigter Kassenwechsel für die Grundversicherung



Zusammenfassend kann gesagt werden, dass lediglich eine Minderheit der Zuständigen Personen ihre Grundversicherung seit Einführung des KVG gewechselt hat. Zudem hat die Quote der jährlichen Wechsel in den letzten beiden Jahren abgenommen. Überdurchschnittlich ist die Wechsler/innenquote in der Romandie und bei den grossen Haushalten.

Der wichtigste Grund für den Verzicht auf einen Krankenkassenwechsel liegt in der Zufriedenheit, für einen Wechsel spricht meist der Preis. Personen, die ihre Kasse gewechselt haben, sind mehrheitlich damit zufrieden. Informationsquellen für den Wechsel waren zu gleichen Teilen die neue Krankenkasse oder spezialisierte Beratungsstellen.

4.6.2 Gründe und Potenziale für Kassenwechsel

Mit dem CHAID-Verfahren⁶⁰ wurde die Frage des Kassenwechsels der Zuständigen Personen in der Grundversicherung seit 1996 vertieft analysiert und die sog. vorher-sagenden Variablen (Prädiktoren) bestimmt.

15 % der Zuständigen Personen haben seit 1996 die Krankenkasse gewechselt. Via CHAID werden nun soziodemographische Prädiktoren gesucht, die zwischen den beiden ungleich grossen Gruppen optimal unterscheiden, also miterklären, warum diese Personen die Krankenkasse gewechselt haben. Zugleich zeigt das Ergebnis dieser Analyse auch, in welchen Gruppen am ehesten Wechsel zu erwarten sind.

Als erster Prädiktor für einen Kassenwechsel kommt das Alter der Zuständigen Person in Frage. Von den jüngeren Personen (34J. oder jünger) wechselten 26% die Krankenkasse, von den älteren Personen lediglich 11.5%. Der Prädiktor "Alter unter 34J." sagt also für einen Viertel der Personen die Gruppenzugehörigkeit "Krankenkassenwechsel" richtig voraus, daher werden weitere Prädiktoren einbezogen, um den Kassenwechsel bei jüngeren und älteren Personen genauer erklären zu können.

Bei den jüngeren Personen hilft die Sprachregion zur Unterscheidung zwischen Wechselnden und Nicht-Wechselnden : Romands/es und Tessiner/innen wechseln häufiger (40%) als Deutschschweizer/innen (22%). Die Deutschschweizer/innen können weiter nach der Haushaltgrösse differenziert werden: in grossen Haushalten wird häufiger gewechselt (32%) als in kleinen (15%).

Bei der Gruppe der Personen über 34 Jahre zeigt sich wiederum ein Alterseffekt: Die 35-54jährigen haben die Kasse etwas häufiger (15%) gewechselt als die über 54jährigen (8%).

Um zu erklären, welche älteren Personen (über 54jährige) eher die Kasse wechseln, muss man nach Einkommen, Sprachregion und Geschlecht unterscheiden. Tendenziell sind es männliche Personen aus der Romandie mit Einkommen von Fr. 5'000 und mehr, die häufiger die Kasse gewechselt haben.

13% der Zuständigen Personen haben seit 1996 für mindestens eine Person im gleichen Haushalt die Krankenkasse für die Grundversicherung gewechselt. Auch hier sind es vor allem das Alter der Zuständigen Person und die Haushaltgrösse, welche Prädiktoren für einen Kassenwechsel darstellen: Jüngere Personen und solche aus grossen Haushalten nehmen eher einen Wechsel vor.

⁶⁰ CHi-Square Automatic Interaction Detection.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass "Kassenwechsler/innen" insgesamt eine Minderheit darstellen, es sind lediglich 14% der Gesamtstichprobe. Das Alter der Zuständigen Person stellt den wichtigsten soziodemographischen Prädiktor für einen Kassenwechsel in der Grundversicherung dar: jüngere wechseln eher die Kasse. Bei den jüngeren Personen spielen Sprachregion und Haushaltgrösse eine Rolle, bei den älteren Einkommen, Sprachregion und Geschlecht. Unter den jungen Romands/es ist der Anteil der Wechselnden am grössten. Die Gruppe der über 54jährigen, welche über Fr. 5'000 verdienen, hat am seltensten einen Kassenwechsel vorgenommen.

Auch beim Wechsel, den Zuständige Personen für andere Personen im Haushalt vornehmen, sind das Alter der Zuständigen Person und die Haushaltgrösse die wichtigen Prädiktoren.

4.6.3 Veränderungen in der Grundversicherung

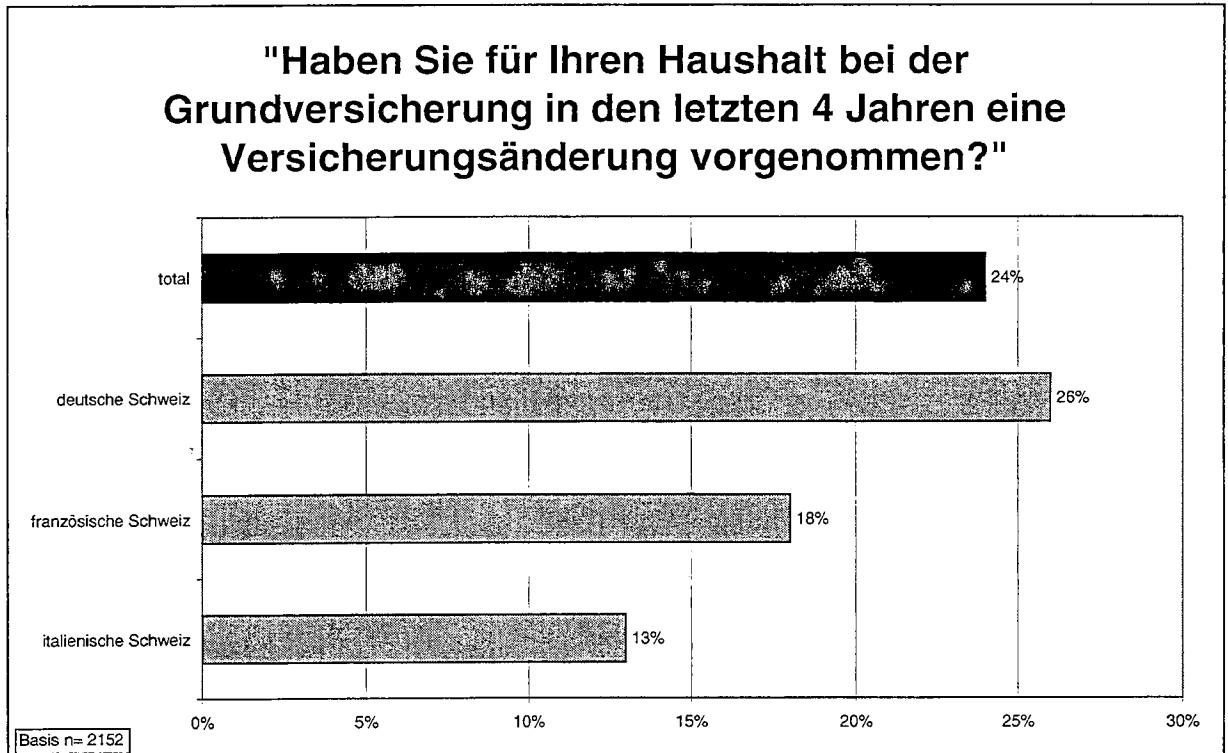
Hier geht es um Versicherungsänderungen in Bezug auf die mit dem KVG geschaffenen vier Möglichkeiten oder Modelle: freiwillige Erhöhung der Franchise, Hausarztmodell, HMO- und Bonusversicherung (vgl. Kap. 4.1.5).

In 75% der Haushalte ist in den letzten 4 Jahren keine Versicherungsänderung vorgenommen worden, wobei der Anteil der Wechsler/innen in der deutschen Schweiz höher liegt als in der übrigen Schweiz. Dieser Unterschied ist weitgehend auf Unterschiede im Bereiche der Hausarzt- und der HMO-Versicherung zurückzuführen, die vorwiegend in der Deutschschweiz angeboten werden, denn bei der Franchiserversicherung ist der Anteil der Wechsler/innen in der ganzen Schweiz gleich hoch.

Ebenfalls häufiger gewechselt haben einkommensstarke Haushalte (28%), sowie grössere Haushalte (rund 30%), während dies bei Ein-Personen-Haushalten weniger der Fall war (17%).

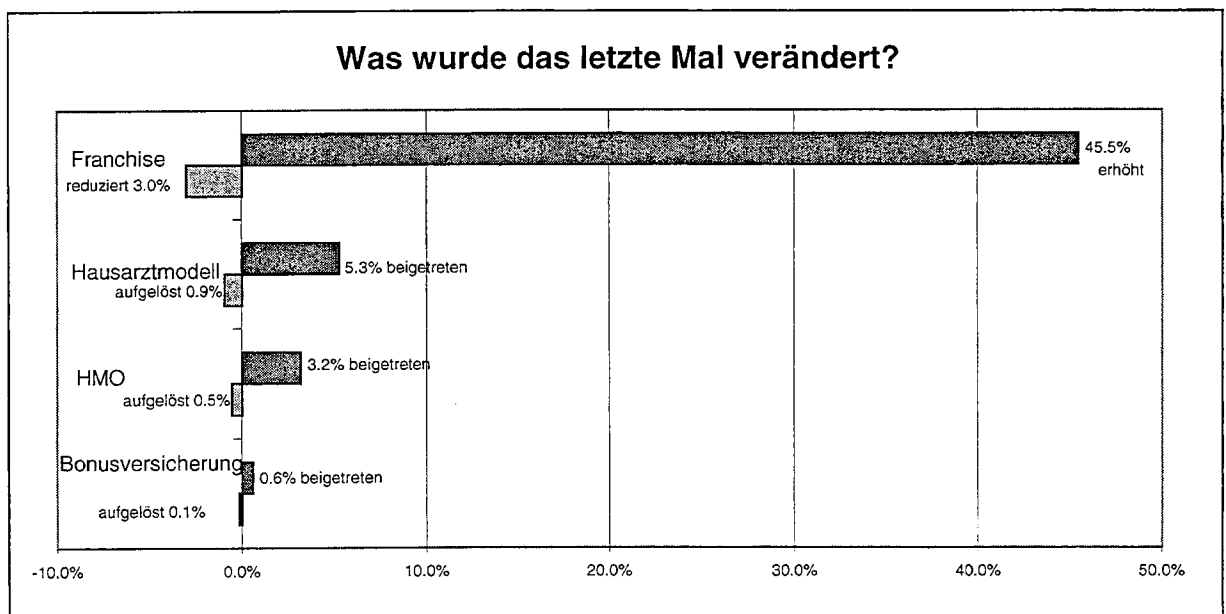
In der Hälfte der Fälle (52%) haben sich Veränderungen auf eine Person, in einem weiteren Drittel (32%) auf zwei Personen bezogen.

Darstellung 62: Veränderungen in der Grundversicherung nach Sprachregionen



Aufgrund der Verbreitung der verschiedenen Modelle in der Grundversicherung beziehen sich die letzten Versicherungsänderungen vor allem auf die Franchiseversicherung: 45% haben die Franchise erhöht und nur 3% haben sie reduziert:

Darstellung 63: Inhaltliche Veränderungen in der Grundversicherung



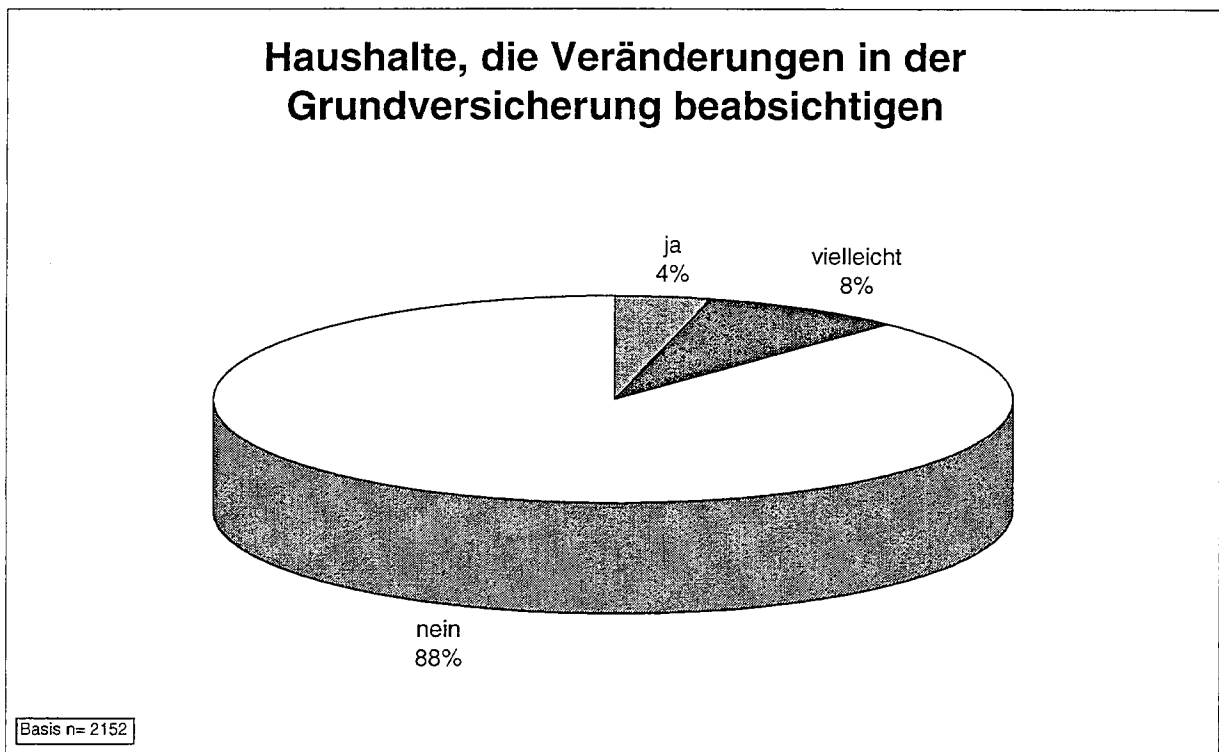
Bei der Franchisenversicherung beträgt das Verhältnis von Ausbau zu Abbau oder Rückzug 15:1, bei den drei anderen Modellen hingegen nur etwa 6:1.

Die Unterschiede nach Subgruppen liegen in der erwarteten Richtung: So haben einkommensschwache (34%) und grosse Haushalte (33%) die Franchise seltener erhöht als einkommensstarke (59%) und Ein- oder Zwei-Personenhaushalte (71% bzw. 64%).

Ebenso fällt auf, dass 38% der Zuständigen Personen, die Veränderungen vorgenommen haben, keine Angabe darüber machen, um was es sich gehandelt hat.

Im Vergleich zum Anteil der Haushalte, die bereits Veränderungen vorgenommen haben (24%), ist der Anteil derjenigen, die solche möglicherweise beabsichtigen, noch geringer: Er beträgt lediglich 12% (4% „Ja“ und 8% „vielleicht“). Es sind keine systematischen Unterschiede auszumachen.

Darstellung 64: Beabsichtigte Veränderungen in der Grundversicherung



Wie bei den bisherigen Änderungen betreffen die beabsichtigten Veränderungen noch stärker eine Person (67% gegenüber 52%), hingegen noch weniger zwei Personen (20% gegenüber 32%).

Am häufigsten vorgesehen ist wiederum die Erhöhung der Franchise, wobei das Verhältnis von Ausbau zu Abbau knapp 2:1 beträgt, während es bei den anderen Modellen, mit Ausnahme der HMO, sehr viel günstiger ist (rund 13:1, bei HMO5:1).

In der vertieften Analyse der Gründe zeigt sich, dass zunächst nach Haushaltgrösse unterschieden werden kann: 3- oder Mehr-Personen-Haushalte nehmen eher einen Wechsel vor als 2- oder Ein-Personen-Haushalte (32% versus 24% versus 18%). Bei den grossen Haushalten sind es eher die gut ausgebildeten Deutschschweizer/innen, die ein alternatives Versicherungsmodell wählen.

Demgegenüber wechselten am seltensten alleine lebende Personen das Versicherungsmodell, davon insbesondere Personen mittleren und höheren Alters (35 Jahre und älter) mit niedrigem Bildungsniveau.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass 24% der Haushalte in den letzten vier Jahren ihr Versicherungsmodell verändert haben, wobei hier Haushalte in der Deutschschweiz, grosse und einkommensstarke Haushalte besonders vertreten sind. Die häufigste Veränderung umfasst eine Erhöhung der Franchise, wobei einkommensstarke und kleine Haushalte hier besonders hervortreten.

Nur eine geringe Minderheit der Haushalte plant in Zukunft eine Veränderung des Versicherungsmodells.

In der vertieften Analyse der Gründe zeigt sich, dass die Haushaltgrösse der wichtigste Prädiktor ist: 3- oder Mehr-Personen-Haushalte nehmen eher einen Wechsel vor als 2- oder Ein-Personen-Haushalte. Bei den grossen Haushalten spielen die Sprachregion und der Bildungsstand eine Rolle, bei Ein-Personen-Haushalten, die am seltensten das Versicherungsmodell wechseln, das Alter und wiederum der Bildungsstand.

4.6.4 Veränderungen bei den Zusatzversicherungen

Zur Erinnerung sei nochmals auf die Situation im Bereiche der Zusatzversicherungen hingewiesen (vgl. Kap.4.1.6). Rund drei Viertel aller Haushalte und rund zwei Drittel aller Personen haben Zusatzversicherungen.

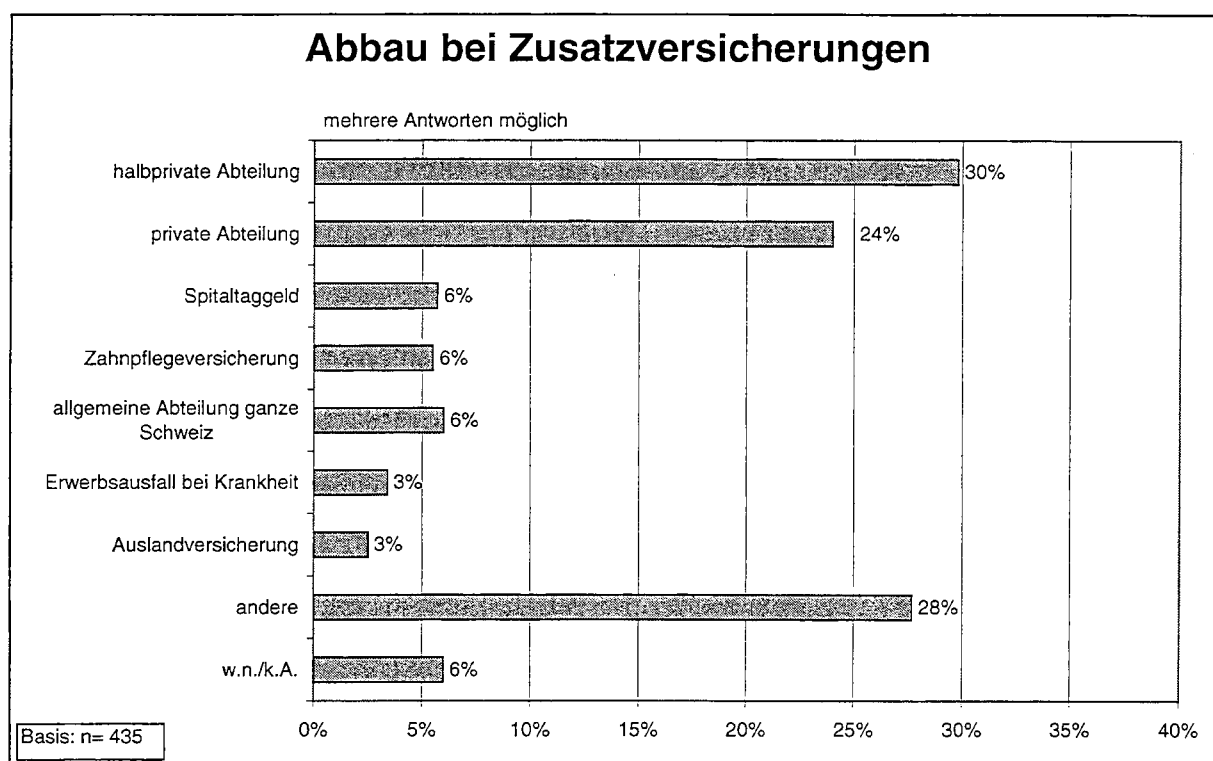
Das Wechselverhalten wurde bei den Zusatzversicherungen in Bezug auf drei verschiedene Aspekte untersucht: das Vorhandensein und den Umfang sowie die Kostenbeteiligung.

4.6.4.1 Abbau von Zusatzversicherungen

Ein Abbau bei den Zusatzversicherungen liegt dann vor, wenn eine Zusatzversicherung gekündigt, der Umfang reduziert oder die Kostenbeteiligung erhöht wird.

Die grosse Mehrheit der Zuständigen Personen mit Zusatzversicherungen, nämlich 83%, haben bei sich selber *keinen* Abbau vorgenommen, nur 15% haben in Bezug auf einen der drei Aspekte etwas verändert, 2% machen keine Angaben. Bei den anderen Personen des Haushaltes haben sie in 5% der Fälle abgebaut. Auf das Total aller untersuchten Personen bezogen, wurde bei 10% abgebaut, bei rund 86% haben sich somit keine Veränderungen ergeben⁶¹. In erster Linie wurde bei den Spitalversicherungen halbprivat und privat abgebaut⁶²:

Darstellung 65: Abbau von Zusatzversicherungen (alle Personen)



Unterschiede nach Sprachregion oder Geschlecht sind nicht festzustellen, teilweise jedoch nach Alter: Unterdurchschnittlich abgebaut haben junge Haushalte (bis 34 Jahre) bei der

⁶¹ 4% fehlende Angaben

⁶² Die "anderen", bewusst nicht detailliert erfragten, Versicherungen werden hier nicht weiter untersucht.

halbprivaten und privaten Spitalversicherung, überdurchschnittlich jedoch bei der allgemeinen Spitalabteilung ganze Schweiz und bei den anderen Versicherungen.

Inhaltlich ging es dabei in der Regel mehrheitlich um eine Kündigung der Zusatzversicherung:

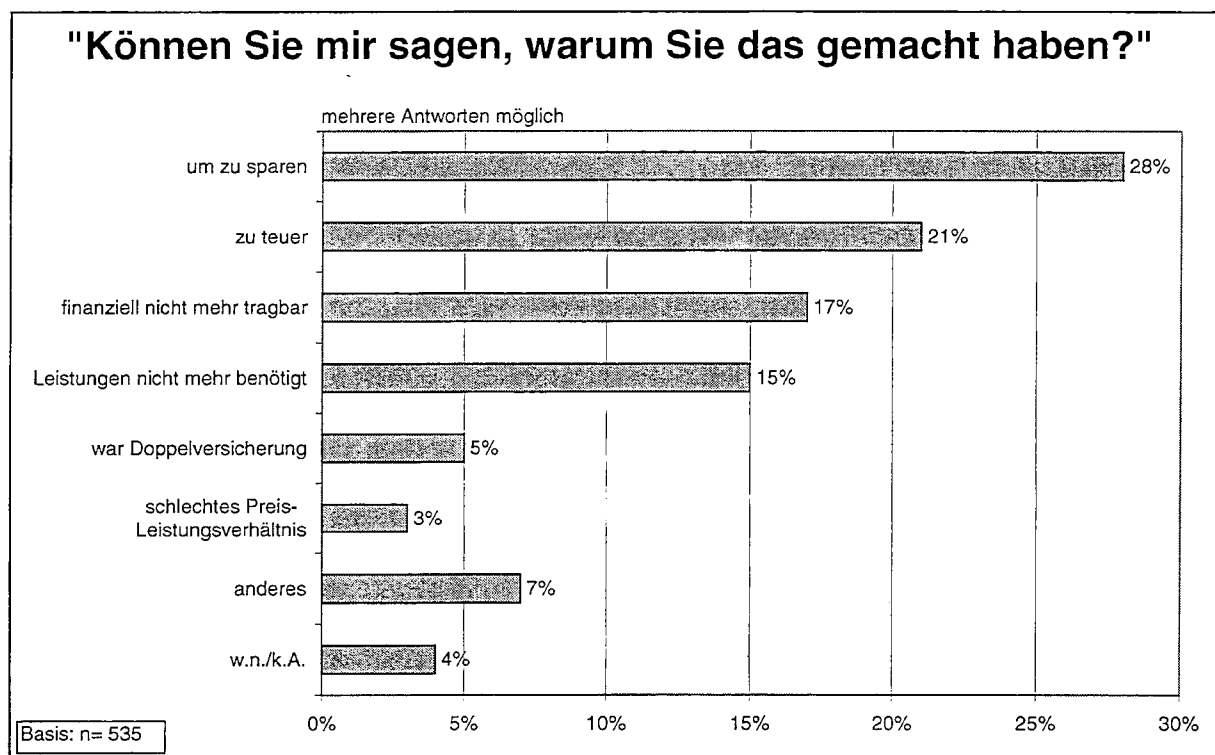
Darstellung 66: Abbau nach Versicherungsarten

Versicherungsart (in %)	Umfang reduziert	Kosten- beteiligung erhöht	gekündigt	keine Angabe
allg. Abteilung Schweiz (n=23)	27	46	17	10
private Abteilung (n=109)	20	25	52	3
halbprivate Abteilung (n=130)	23	10	61	6
Erwerbsausfall bei Krankheit (n=15)	28	11	56	5
Spitaltaggeld (n=25)	26	9	59	6
Auslandversicherung (n=11)	7	21	49	23
Zahnpflegeversicherung (n=24)	27	0	65	8
andere (n=120)	9	31	48	12

Mit einer Ausnahme gibt es keine Unterschiede nach Alter oder Geschlecht: Überdurchschnittlich häufig wurde bei Frauen die Versicherung für allgemeine Abteilung ganze Schweiz reduziert.

Die Gründe für diesen Entscheid sind eindeutig finanzieller Natur: Insgesamt 66% der Entscheide werden so begründet. Dass die Leistungen nicht mehr benötigt wurden, wird nur für 20% der Fälle angegeben:

Darstellung 67: Gründe für den Abbau (alle Fälle)



Der Grund "Leistungen nicht mehr benötigt" wird vor allem bei Erwerbsausfall bei Krankheit und bei Spitaltaggeld angeführt. Unter "anderes" wird etwa genannt: "überflüssig geworden", "lohnt sich nicht mehr" und "Abdeckung über Kollektivversicherung im Betrieb".

Aus der vertieften Analyse ergeben sich zwei soziodemografische Merkmale als Prädiktoren: die Haushaltgrösse und der Bildungsstand. Personen, die nicht alleine leben (2- und Mehr-Personen-Haushalte) und unter diesen die gut ausgebildeten (Sekundar- und Tertiärstufe) haben eher Zusatzversicherungen abgebaut. Alleine lebende Personen haben dies selten getan.

Unter den KVG-bezogenen Merkmalen spielen Unkenntnis von alternativen Versicherungsmodellen, keine Änderung der Grundversicherung und fehlende Wahrnehmung von Veränderungen aufgrund des KVG eine Rolle für den fehlenden Abbau von Zusatzversicherungen.

Obwohl der wichtigste von den Zuständigen Personen genannte Grund für den Abbau von Zusatzversicherungen finanzieller Art ist, tritt bei den Prädiktoren für einen Abbau keine finanzielle Variable auf. Hingegen spielt das Haushaltseinkommen für einen Ausbau der Zusatzversicherungen eine Rolle (vgl. 4.6.4.2).

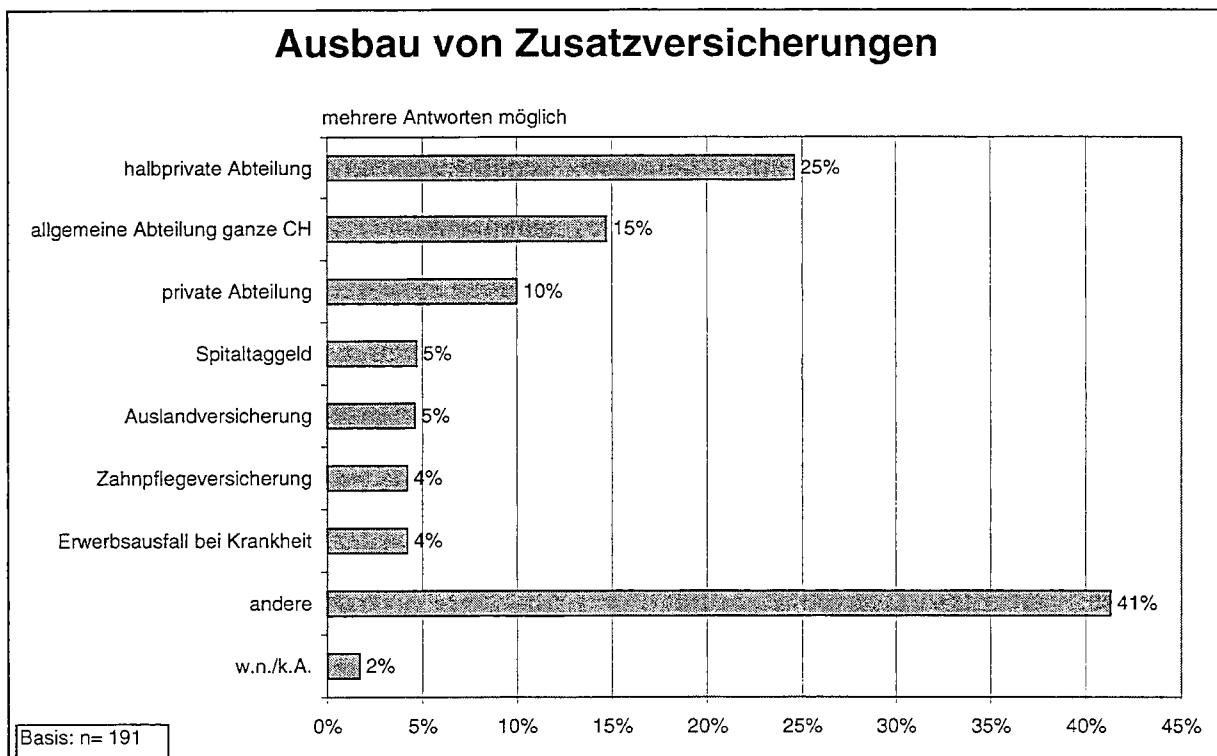
4.6.4.2 Ausbau von Zusatzversicherungen

Ein Ausbau der Zusatzversicherung besteht darin, dass entweder eine Zusatzversicherung neu abgeschlossen wird, der Umfang erhöht oder die Kostenbeteiligung reduziert wird.

Nur 6% der Zuständigen Personen haben bei sich selber einen Ausbau vorgenommen. Bei den anderen Personen des Haushaltes wurden Zusatzversicherungen in 2% der Fälle ausgebaut. Auf das Total aller untersuchten Personen bezogen, wurde bei 4% ausgebaut.

Wie beim Abbau stehen beim Ausbau die Spitalversicherungen im Vordergrund (25%), zusätzlich die allgemeine Spitalabteilung ganze Schweiz (15%). Die 41% "andere" beziehen sich auf kleinere Versicherungen wie Alternativmedizin, Reiseversicherungen u.ä., die hier nicht untersucht werden (vgl. Fussnote 62).

Darstellung 68: Ausbau von Zusatzversicherungen (alle Personen)



Der Ausbau erfolgte hauptsächlich durch den Abschluss neuer Versicherungen. Dies gilt insbesondere für: Auslandversicherung, allg. Abteilung Schweiz, Erwerbsausfall bei Krankheit, halbprivate Abteilung und Spitaltaggeld. Lediglich bei Erwerbsausfall bei Krankheit wird der Umfang in erwähnenswertem Ausmass erwähnt (32%).

Darstellung 69: Ausbau nach Versicherungsarten

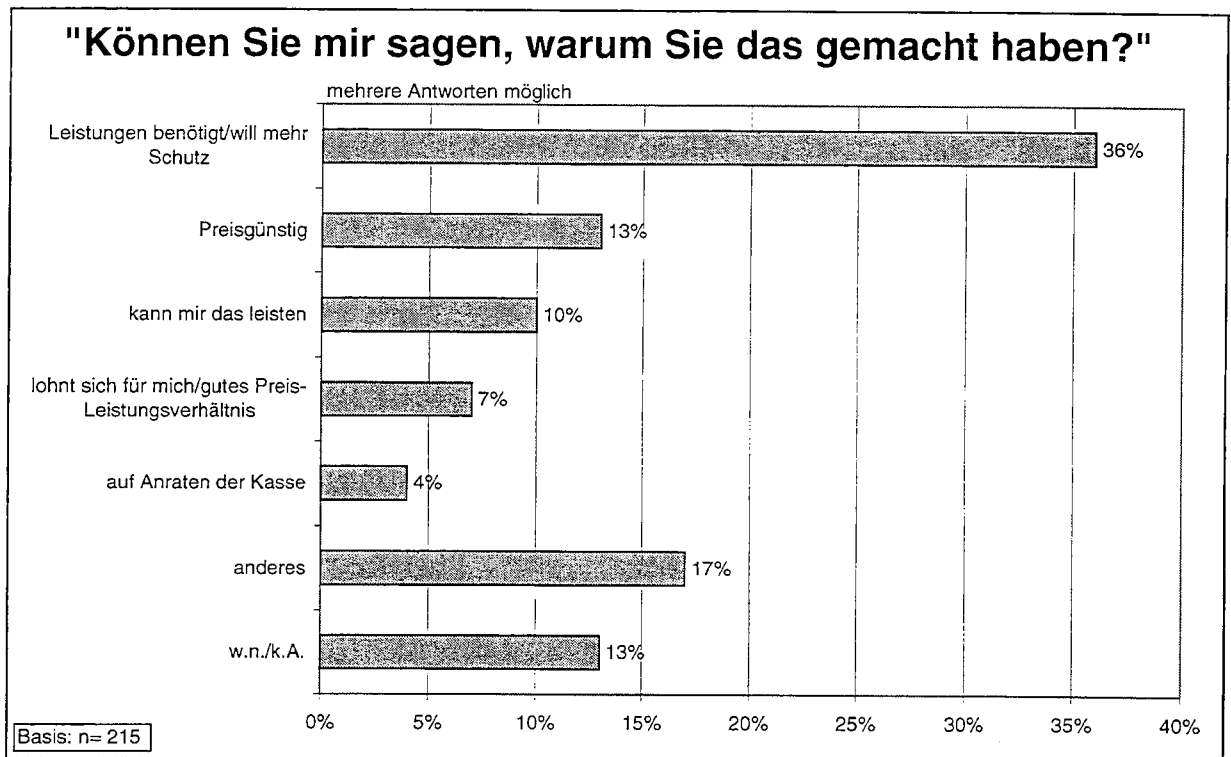
Versicherungsart (in %)	Umfang vergrössert	Kosten- beteiligung reduziert	neu abge- schlossen	keine Angabe
allg. Abteilung Schweiz (n=28)	12	7	<u>72</u>	9
private Abteilung (n=19)	21	24	<u>27</u>	28
halbprivate Abteilung (n=47)	8	10	<u>65</u>	17
Erwerbsausfall bei Krankheit (n=8)	32	0	<u>68</u>	0
Spitaltaggeld (n=9)	21	18	<u>61</u>	
Auslandversicherung (n=9)	0	0	<u>100</u>	0
Zahnpflegeversicherung (n=8)	10	0	<u>90</u>	0
andere (n=79) ⁶³	–	–	–	–

Begründet wird der Entscheid zum Ausbau vor allem damit, dass man die Leistungen benötigt bzw. dass man mehr Schutz will. An zweiter Stelle folgen Aspekte des Preises (preisgünstig und gutes Preis-Leistungsverhältnis), und weitere 10% sagen, dass sie es sich leisten können.

Vollständig oder vorwiegend mit dem Wunsch nach zusätzlicher Leistung wird bei folgenden Versicherungen argumentiert: Erwerbsausfall bei Krankheit, Spitaltaggeld, Auslandversicherung, Zahnpflegeversicherung. Preisargumente werden vor allem bei Spital halbprivat genannt.

⁶³ Keine detaillierten Angaben vorhanden

Darstellung 70: Gründe für den Ausbau (alle Personen)



Unter "anderes" wird etwa genannt: Sicherheit erhöhen, spezielle Leistungen (Zahnversicherung etc.), Kosten durch Arbeitgeber gedeckt, Auslandsaufenthalt.

Aus der vertieften Analyse ergeben sich zwei Prädiktoren für einen Ausbau von Zusatzversicherungen: mittleres oder hohes Bildungsniveau (Sekundar- oder Tertiärstufe) sowie hohes Einkommen (über Fr. 5'000). Personen mit obligatorischer Schulbildung haben kaum einen Ausbau der Leistungen vorgenommen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten keine Veränderungen bei den Zusatzversicherungen vorgenommen hat.

Wenn eine Veränderung vorkam, so ging es meist um einen Abbau, vorwiegend um die Kündigung einer Zusatzversicherung, in der Mehrzahl der Fälle aus finanziellen Gründen. In erster Linie wurde bei den Spitalversicherungen halbprivat und privat abgebaut.

Von den soziodemographischen Variablen erweisen sich Haushaltgrösse und Bildungsstand als Prädiktoren für einen Abbau von Zusatzversicherungen: In erster Linie haben Personen,

die nicht alleine leben, Zusatzversicherungen abgebaut und davon Personen mit mittlerer und hoher Bildung.

Ebenfalls hat weniger abgebaut, wer weniger Veränderungen durch das KVG wahrgenommen hat, weniger von alternativen Versicherungsmodellen weiss und die Grundversicherung nicht gewechselt hat.

Nur eine Minderheit hat einen Ausbau von Zusatzversicherungen vorgenommen, auch hier stehen die Spitalversicherungen im Vordergrund, zusätzlich die allgemeine Spitalversicherung ganze Schweiz. Gründe für einen Ausbau sind vor allem der Wunsch nach mehr Schutz und der Bedarf an entsprechenden Leistungen.

Zusatzversicherungen werden ausgebaut von Personen mit mittlerer und hoher Bildung sowie von einkommensstarken Haushalten.

4.6.5 Interpretation

Bei der Beurteilung des Wechselverhaltens wären vorgegebene messbare Zielwerte für die Evaluation sehr wichtig und für eine "gerechte" Beurteilung notwendig. Aus unserer Sicht ist das **Wechselverhalten** insgesamt als klein und vernachlässigbar zu bezeichnen. Und zwar gilt das sowohl für den Kassenwechsel in der Grundversicherung als auch für den Modellwechsel innerhalb der Grundversicherung.

Diese kritische Beurteilung wird auch gestützt durch die Tatsache, dass die Wechselquote seit 1996 nicht gestiegen, sondern gesunken ist. Dazu kommt, dass der Anteil der Haushalte mit Wechselabsicht ebenfalls klein ist. Kann aufgrund dieser Ergebnisse schon ausgeschlossen werden, dass Wechselverhalten im Entstehen ist oder kein Potenzial für Wechsel besteht? Wenn wir berücksichtigen, dass bisher vor allem Gewohnheit und Tradition und nicht bewusste und informierte "Kaufentscheide" die Kassenzugehörigkeit bestimmt haben, so ist die Frage zu verneinen. In einer solcherart geprägten Situation braucht es tatsächlich Zeit, bis sich neue Verhaltensweisen herausbilden. Die Entwicklung der nächsten Jahre wird Aufschluss bringen.

Bemerkenswert ist, dass im Falle des Wechsels das mit dem KVG eingeführte Marktelement **Preis** offensichtlich greift, denn aus anderen Gründen wird kaum gewechselt.

Die schon früher mehrmals vermutete stärkere Marktnähe der **Romandie** bestätigt sich in der überdurchschnittlichen Wechselquote.

Ebenfalls als gering zu bezeichnen sind die Wechsel im Bereiche der **Zusatzversicherungen**, auch wenn ihnen eine andere Bedeutung zukommt. Der Abbau von Zusatzversicherungen überwiegt den Ausbau und ist somit ein Hinweis auf Kosteneinsparungen. Es ergeben sich zwei Folgerungen: Zum einen lässt sich feststellen, dass Kostendruck auch in der Krankenversicherung ein Anreiz für optimierendes Marktverhalten ist, zum andern aber auch, dass die **Preissensitivität** (noch) relativ gering ist bzw. dass andere Faktoren als der Preis eine wichtige Rolle spielen.

5 Folgerungen

Welche **Folgerungen** lassen sich nun aus diesen Ergebnissen im Hinblick auf eine Beurteilung der Wirkungen des KVG auf die Versicherten ableiten?

Ein wichtiges Ziel des KVG besteht darin, **Marktmechanismen** ins Spiel zu bringen und – bei standardisierten Leistungen – durch den Wettbewerb der einzelnen Anbieter über Preis und Service kostendämpfend zu wirken.

Geht man von der Anzahl der Versicherungswechsel seit Einführung des KVG aus, so ist dieses Ziel mit rund 14% Wechsel in den letzten vier Jahren angesichts der bedeutsamen realen Prämienunterschiede zwischen den einzelnen Versicherungen noch nicht erreicht worden. Aus unserer Sicht ist das **Wechselverhalten** bisher insgesamt als klein und vernachlässigbar zu bezeichnen. Und zwar gilt das sowohl für den Kassenwechsel in der Grundversicherung als auch für den Modellwechsel innerhalb der Grundversicherung.

Diese kritische Beurteilung wird auch gestützt durch die Tatsache, dass die Wechselquote seit 1996 nicht gestiegen, sondern gesunken ist und dass der Anteil der Haushalte mit Wechselabsicht ebenfalls klein ist. Auf der andern Seite ist festzuhalten, dass im Falle des Wechsels das mit dem KVG eingeführte Marktelement **Preis** greift, denn aus anderen Gründen wird kaum gewechselt.

Trotz der allgemein langen und stabilen Kundenbeziehungen zeigen die Ergebnisse allerdings auch, dass ein **Potenzial für Wechsel** in der Grundversicherung von einer Kasse zur andern besteht, wobei der Preis als Marktelement eine Rolle spielen dürfte.

Ein solches Potenzial für den Wechsel der Grundversicherung besteht in erster Linie bei jüngeren Personen in der Romandie und im Tessin, an zweiter Stelle bei grösseren Haushalten in der Deutschschweiz.

Man kann auch annehmen, dass das Viertel der Haushalte, die im Prämienvergleich zu einem negativen Ergebnis kommen, ein grundsätzliches Wechselpotenzial darstellen.

Auch die vier alternativen **Modelle in der Grundversicherung** können als Möglichkeit der Dynamisierung des "Marktes" und der Kostendämpfung durch höhere Eigenverantwortung gesehen werden. Nur in 1 von 4 Haushalten hat in den letzten vier Jahren Veränderungen in der Grundversicherung vorgenommen und ein besonderes Versicherungsmodell (zumeist eine erhöhte Franchise) gewählt. Und nur eine geringe Minderheit plant in Zukunft eine

solche Veränderung. Das Potenzial scheint, auch vor dem Hintergrund der hohen Verbreitung der schon vor 1996 möglichen, selbstgewählten Franchise, damit weitgehend ausgeschöpft. Jedoch liegt in der stärkeren Nutzung der hohen Franchisen eine Möglichkeit der qualitativen Potenzialausschöpfung.

Wenn davon ausgegangen werden kann, dass es unausgeschöpfte Potenziale gibt, stellt sich die Frage der **fördernden oder hemmenden Faktoren**.

Die Krankenkassen sind die wichtigste und einzige **Informationsquelle** der Haushalte. Und dies ist unseres Erachtens ein kritischer Punkt bei der Umsetzung des KVG.

Es liegt auf der Hand, dass die Krankenkassen kein besonderes Interesse daran haben können, ihre Mitglieder im Hinblick auf ein ökonomisch rationales und marktorientiertes Verhalten zu informieren und damit Wechselverhalten anzuregen. So erstaunt es auch nicht, dass die Information der Krankenkasse über die Kündigungsmöglichkeiten als nur mittelmässig beurteilt wird.

Es ist anzunehmen, dass die Haushalte diese Situation bewusst erkennen oder zumindest erahnen. Der starke Wunsch nach neutralen Informationsquellen ist wohl darauf zurückzuführen

Auf der anderen Seite ist der gesetzliche Informationsauftrag vermutlich auch für die Kassen ein echtes Dilemma. Welcher Dienstleistungsanbieter informiert schon seine Kunden/innen über günstigere Angebote und darüber, wie sie am besten zur Konkurrenz wechseln?

Wir gehen davon aus, dass die heutige Regelung der Information die Ausschöpfung des Wettbewerbspotenzials eher hemmt als fördert.

Doch ist in diesem Zusammenhang auch zu fragen, ob mehr Information überhaupt gewünscht ist. Die Mehrheit der Haushalte scheint mit der mässigen allgemeinen Informiertheit durchaus leben zu können. Dass man keine zusätzlichen allgemeinen Information wünscht, bedeutet wohl auch, dass man keinen Orientierungsbedarf und damit auch keinen **Handlungsbedarf** hat. Und damit ist die Kernfrage gestellt: Ist überhaupt ein Anstoss zum Wechsel gegeben, wollen sich die Haushalte überhaupt marktmässig verhalten? Die Antwort darauf lautet, dass zur Zeit dieser Handlungsbedarf erst schwach und nur in bestimmten Gruppen verbreitet oder erkannt ist.

Wie erwähnt stellen junge Haushalte teilweise ein eher überdurchschnittliches Wechselepotenzial dar, da sie beispielsweise weniger in Traditionen eingebunden sind und weniger lange Beziehungen zur Kasse haben.

Nun zeigt sich aber, dass Junge von den Informationen der Krankenversicherungen weniger erreicht werden als andere und auch die Verständlichkeit der Informationen als geringer beurteilen. Sie können also mit der Informationspflicht der Kassen nicht erreicht werden.

Die **Zufriedenheit** der Kunden/innen mit ihrer Krankenkasse in verschiedenen Aspekten ist im allgemeinen hoch, was an sich eine ungünstige Prognose für einen Wechsel bzw. generell gesagt für ein am Markt optimierendes Verhalten ergibt. Für die Westschweiz und das Tessin ist sie jedoch aufgrund der tieferen Zufriedenheit in Übereinstimmung mit anderen Befunden etwas positiver.

Andererseits deutet der vergleichsweise wichtigste Grund für **Unzufriedenheit**, der Preis, darauf hin, dass ein Wechselpotenzial besteht. Allerdings dürfte die Ausschöpfung dieses Potenzials auch davon abhängen, ob es gelingt, den Bezug von Versicherungsleistungen als standardisiert zu positionieren. Das heisst, die Versicherten müssen überzeugt davon sein, dass ihnen aus einem Wechsel keine Nachteile entstehen bzw. dass ein Verbleib ihnen keine Vorteile gegenüber Neumitgliedern verschafft. Dies gilt insbesondere für die Gruppe der Haushalte, die eine längere Kundenbeziehung zu ihrer heutigen Kasse haben, die noch von den Erfahrungen aus Zeiten des KUVG mit situativer Kulanz und freiwilligen Leistungen geprägt ist.

Aus den insgesamt gesehen geringen Veränderungen bei den Zusatzversicherungen lässt sich feststellen, dass **Kostendruck** auch in der Krankenversicherung ein Anreiz für optimierendes Marktverhalten ist, zum andern aber auch, dass die **Preissensitivität** (noch) relativ gering ist bzw. dass andere Faktoren als der Preis eine wichtige Rolle spielen.

Die insgesamt geringe Wechselquote steht auf den ersten Blick im Gegensatz zum bezeugten Wille, systematisches **Kostenmanagement** zu betreiben. Ist es tatsächlich ein Widerspruch, was bei dem stark habitualisierten oder gewohnheitsmässigen Verhalten der Haushalte ohne eigentliche Kaufentscheidungsprozesse möglich ist? Oder ist der Kostendruck bzw. die Optimierungsmöglichkeit im Verhältnis zu andern Ausgaben des Haushaltes zu gering oder wird sie einfach nicht wahrgenommen, da man sich nicht marktmässig verhält und Preisvergleiche unterlässt? Dies würde wiederum im Gegensatz zu den verbreiteten Klagen über steigende Kosten stehen. Oder wird der Handlungsspielraum von den Haushalten nur als gering beurteilt?

In diesem Zusammenhang ist auf das mehrheitlich günstig beurteilte Prämien-Leistungsverhältnis hinzuweisen, das den vielfach geäusserten Kostendruck in gewissem Sinne relativiert.

Die **Prämienverbilligung** als ein Instrument des KVG funktioniert und scheint ihr Zielpublikum zu erreichen. Sie ist nämlich sehr gut bekannt, und wer kontaktiert wird, reagiert auch. Wer nicht kontaktiert wird, reagiert von sich aus, wenn er einen Anspruch wahrnimmt. Die grosse Mehrheit der kontaktierten oder selbst aktiv werdenden Haushalte erhält auch eine Prämienverbilligung, wobei deren Auszahlung in der Regel ohne Probleme erfolgt.

Ob die ausbezahlten Beträge jedoch dem Bedarf angemessen sind und in quantitativer Hinsicht das Ziel erreicht wird, kann nicht gesagt werden. Die Praxis des Kantons spielt in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle.

Im Hinblick auf das Image des KVG ist dieser Punkt wohl von Bedeutung, da anzunehmen ist, dass die Rolle des Kantons zu wenig bekannt ist und allfällige Unzufriedenheit mit der Prämienverbilligung dem KVG angelastet wird. Dies kann allerdings auch umgekehrt geschehen in den Kantonen, die ihren Spielraum voll ausnützen.

Wenn man sich bei einer Beurteilung der **bisherigen Zielerreichung** auf die Hauptziele des KVG⁶⁴ abstützt, so ist zu beachten, dass die Verhaltensveränderungen Zeit brauchen. Es braucht Zeit, um sich auf in einem Bereich, der neu als Markt gestaltet und mit Wettbewerbselementen ausgestattet wurde, neu einzurichten und sein Verhalten der neuen Situation anzupassen.

Unter Berücksichtigung dieses Sachverhaltes fällt die Bilanz recht positiv aus:

Ziel	Beurteilung
hochstehende medizinische Versorgung	nach Meinung der Versicherten erreicht
finanziell tragbare Versorgung und massvolle Kostenentwicklung	Klagen über den Kostendruck vorhanden, aber insgesamt wird das Preis-Leistungsverhältnis als positiv beurteilt.
wirtschaftliches Handeln ermöglichen	Prämissen gegeben, Umsetzung bisher noch zögerlich, aber Potenziale vorhanden

⁶⁴ Die Beurteilung der Entwicklung der Solidarität war nicht Gegenstand der Evaluation.

6 Empfehlungen

Gemäss der Zielsetzung des KVG soll das wirtschaftliche Verhalten auch der Versicherten gefördert werden. Es liegt deshalb nahe, dass bei der Formulierungen von Empfehlungen das Markt- und Wechselverhalten und in diesem Zusammenhang die Information eine grosse Rolle spielen.

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen zwar, dass die Information eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für wirtschaftliches Verhalten darstellt. Andere Faktoren, die auch sonst wirtschaftliches Verhalten von Individuen steuern, scheinen bedeutsamer zu sein. Sie liegen aber auf der übergeordneten Ebene der Konzeption des Krankenversicherungsmarktes und sind somit nicht Gegenstand der vorliegenden Evaluation.

Unsere Empfehlungen, die im Hinblick auf die Wünschbarkeit von Wechselverhalten als Merkmal wirtschaftlichen Handelns der Versicherten formuliert sind, beziehen sich deshalb auch auf den Bereich Information, ohne dass wir dem Ergebnis des Informationsprojektes (vgl. Fussnote 14) vorgreifen wollen.

Man kann die Verstärkung des wirtschaftlichen Handelns und die stärkere Ausnutzung des Handlungsspielraumes des KVG als Problem des **Marketing** verstehen und die Empfehlungen aus der Systematik des **Marketing-Mix** ableiten. Dieser besteht aus den vier Komponenten: Produkt, Preis, Vertrieb und Promotion.

Empfehlungen auf der Ebene des Produkts:

1. Die Grundversicherung ist klarer als standardisiertes Leitungspaket zu positionieren und profilieren, das bei allen Versicherungen gleich ist.
2. Die Wahl des Versicherers für die Grundversicherung ist als normaler Kaufentscheid zu betonen. Die Habitualisierung der Kassenwahl ist zu durchbrechen.

Empfehlungen auf der Ebene des Preis:

3. Die kassenabhängigen **Prämienunterschiede** sowie die Preisaspekte der verschiedenen Modelle in der Grundversicherung sind stärker bekannt zu machen.
4. Die **Kostentransparenz** für die Versicherten ist zu erhöhen, in dem die Versicherungen verpflichtet werden,
 - in den Versicherungsausweisen die Prämien von Grundversicherung und Zusatzversicherung klar zu trennen,
 - die Bruttoprämien und allfälligen Rabatte klar getrennt auszuweisen.

5. Um das Marktverhalten der Versicherten nicht einzuschränken, sind neue "goldene Fesseln" durch Preisdifferenzierung zwischen **Zusatzversicherungen** mit und ohne Grundversicherung zu verhindern.

Empfehlungen auf der Ebene des Vertriebs:

6. Die Versicherungen sind im Rahmen ihrer Informationspflicht vom BSV als Vertriebskanal für neutrale und marktorientierte Information zu nutzen.

Empfehlungen auf der Ebene der Promotion:

7. Es ist darauf zu verzichten, die festgestellten Defizite wie mangelnde allgemeine Informiertheit über das KVG oder bloss mittelmässiges Image des KVG beheben zu wollen. Deshalb sollen keine breit angelegten **Informations- oder Imagekampagnen** durchgeführt werden.
8. Die themen- und zielgruppenspezifische **Information zur Marktaufklärung** zur Förderung des Marktverhaltens der Versicherten hingegen ist zu verstärken. Sie kann entweder vom BSV selbst oder von neutralen Dritten im Rahmen eines befristeten Leistungsauftrages übernommen werden. Strategisch gesehen ist dabei das Innovatorenpotenzial anzusprechen.
9. Als primäre **Zielgruppen** sind anzusprechen:
 - Gebiete mit hohem Prämienniveau (Romandie und Tessin)
 - neu in den Markt eintretende Personen
 - junge Haushalte und Familienhaushalte
 - Personen mit höherem Bildungsstand

Beiträge zur sozialen Sicherheit

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

Aspects de la sécurité sociale

Sous ce titre, l'Office fédéral des assurances sociales publie des rapports de recherche (signalés en gras) ainsi que d'autres contributions relevant de son champ d'activité. Ont déjà été publiés:

Aspetti della sicurezza sociale

Sotto questo titolo, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali pubblica dei rapporti di ricerca (segnalati in grassetto) nonché altri contributi inerenti alla sua sfera d'attività. La maggior parte dei rapporti appare in tedesco e in francese.

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
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: Wolfram Fischer, Possibilités de mesure des Prestations hospitalières: considérations sur une réorganisation de la statistique hospitalière. N° 1/94	OCFIM* 318.010.1/94 f
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
Rapport de recherche: BRAINS: Inventaire du Spitex. N° 5/94	OCFIM* 318.010.5/94 f
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
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
Rapport de recherche: IPSO: Peter Farago. Prévenir et combattre la pauvreté: forces et limites des mesures prises par l'Etat. N° 3/95	OCFIM* 318.010.3/95 f
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
Rapport du Département fédéral de l'intérieur concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Octobre 1995	OCFIM* 318.012.1/95 f
Rapporto del Dipartimento federale dell'interno concernente la struttura attuale e l'evoluzione futura della concezione svizzera dei 3 pilastri della previdenza per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Ottobre 1995	UCFSM* 318.012.1/95 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). Nr. 1/96	EDMZ* 318.012.1/96 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales" (IDA FiSo): Rapport sur les perspectives de financement des assurances sociales (eu égard en particulier à l'évolution démographique). N° 1/96	OCFIM* 318.012.1/96 f
Forschungsbericht: Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
Rapport de recherche: Laura Cardia-Vonèche et al.: Les familles monoparentales. N° 1/96	OCFIM* 318.010.1/96 f
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567
Rapport du groupe de travail "Protection des données et liste des analyses / assurance-maladie". N° 2/96	OFAS** 96.568

- * EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
- * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
- * UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
- ** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
- ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	EDMZ* 318.010.3/96 d
Prévoyance professionnelle: Nouvelles prescriptions en matière d'établissement des comptes et de placements. Réglementation concernant l'utilisation des instruments financiers dérivés. Texte de l'ordonnance / commentaire / recommandations. N° 3/96	OCFIM* 318.010.3/96 f
Previdenza professionale: Nuove prescrizioni in materia di rendiconto e di investimenti. Regolamentazione concernente l'impiego di strumenti finanziari derivati. N° 3/96	UCFSM* 310.010.3/96 i
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: Infrass: 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: Prämiengenehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	EDMZ* 318.010.3/97 d
Rapport de recherche: Heinz Schmid: Procédure d'approbation des primes dans l'assurance-maladie. Expertise. N° 3/97	OCFIM* 318.010.3/97 f
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infrass: 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

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
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
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo) 2": Analyse des prestations des assurances sociales; Concrétisation de modifications possibles en fonction de trois scénarios financiers.	OCFIM* 318.012.1/97 f

- * EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
- * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
- * UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
- ** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
- ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Publikationen zur Untersuchung "Neue Formen der Krankenversicherung"	
Publications relatives à l'étude des nouvelles formes d'assurance-maladie	
Übersicht – Synthèse	
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
Rapport de recherche: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Rapport de synthèse: Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie. N° 1/98	OCFIM* 318.010.1/98 f
Materialienberichte / Befragungen – Dossiers techniques / Enquêtes	
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 – Dossiers techniques	
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	OCFIM* 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
* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Tobias Bauer, (BASS): Kinder, Zeit und Geld. Eine Analyse der durch Kinder bewirkten finanziellen und zeitlichen Belastungen von Familien und der staatlichen Unterstützungsleistungen in der Schweiz Mitte der Neunziger Jahre. Nr. 10/98	EDMZ* 318.010.10/98 d
Forschungsbericht: Tobias Bauer (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Arbeitslosenversicherung. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 11/98	EDMZ* 318.010.11/98 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Witwenrente. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 12/98	EDMZ* 318.010.12/98 d
Forschungsbericht: André Müller, Felix Walter, Renger van Nieuwkoop (ECOPLAN); Stefan Felder: Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. DYNASWISS – Dynamisches allgemeines Gleichgewichtsmodell für die Schweiz. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr.13/98	EDMZ* 318.010.13/98 d
Forschungsbericht: S.P. Mauch, R. Iten, S. Banfi, D. Bonato, T. von Stokar (INFRAS); B. Schips, Y. Abrahamsen (KOF/ETH): Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. Schlussbericht der Arbeitsgemeinschaft INFRAS/KOF. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 14/98	EDMZ* 318.010.14/98 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (BFS): Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG. Nr. 15/98	EDMZ* 318.010.15/98 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (OFS): Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé. Rapport établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. N° 15/98	OCFIM* 318.010.15/98 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber), Forum 1998 über das Rentenalter / sur l'âge de la retraite. Die Referate / Les exposés des conférenciers (April/avril 1998), Nr. 16/98	EDMZ* 318.010.16/98 df
Forschungsbericht: Robert E. Leu, Stefan Burri, Peter Aregger: Armut und Lebensbedingungen im Alter. Nr. 17/98	EDMZ* 318.010.17/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: Begünstigtenordnung zweite und dritte Säule. Gutachten. Nr. 18/98	EDMZ* 318.010.18/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: L'ordre des bénéficiaires des deuxième et troisième piliers. Rapport d'expertise. N° 18/98	OCFIM* 318.010.18/98 f

- | | |
|---------|---|
| * EDMZ | = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern |
| * OCFIM | = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne |
| * UCFSM | = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna |
| ** BSV | = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern |
| ** OFAS | = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne |
| ** UFAS | = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna |

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Mikroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. INFRAS. Nr. 19/98 d	EDMZ* 318.010.19/98 d
Rapport de recherche: INFRAS: Effets microéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 19/98	OCFIM* 318.010.19/98 f
Forschungsbericht: Makroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. KOF/ETHZ, Zürich. Nr. 20/98 d	EDMZ* 318.010.20/98 d
Rapport de recherche: KOF/ETHZ: Effets macroéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 20/98	OCFIM* 318.010.20/98 f
Forschungsbericht: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen; Dr. Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien; Nr. 21/98 d	EDMZ* 318.010.21/98 d
Rapport de recherche: Dr. Andreas Balthasar (Interface Institut d'études politiques): Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. N° 21/98	OCFIM* 318.010.21/98 f
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Nr. 1/99	EDMZ* 318.010.1/99 d
Forschungsbericht: Kurzfassung von 1/99. Nr. 2/99	EDMZ* 318.010.2/99 d
Rapport de recherche: Condensé du n° 1/99. N° 2/99	OCFIM* 318.010.2/99 f
Rapport de recherche: Institut de santé et d'économie ISE en collaboration avec l'Institut du Droit de la Santé IDS: Un carnet de santé en Suisse? Etude d'opportunité. N° 3/99	OCFIM* 318.010.3/99 f
Forschungsbericht: Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen. Dr. med. Karin Faisst MPH, Dr. med. Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Nr.4/99	OCFIM* 318.010.4/99 d
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Bedarfsleistungen an Eltern. Öffentliche Fachtagung, Referate / Congrès de spécialistes ouvert, Exposés. Zürich. Nr. 5/99	OCFIM* 318.010.5/99 df
Forschungsbericht: Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung. Ruth Bachmann, Cornelia Furrer (Interface, Institut für Politikstudien). Nr. 6/99	EDMZ* 318.010.6/99 d

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Christopher Prinz, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien: Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band 1 (Vergleichende Synthese). Nr. 7/99	EDMZ * 318.010.7/99 d
Forschungsbericht: siehe Nr. 7/99. Band 2 (Länderprofile). Nr. 8/99	EDMZ * 318.010.8/99 d
Forschungsbericht: Bekämpfung sozialer Ausgrenzung. Band 3. Sozialhilfe in Kanada und in der Schweiz. (OECD). Nr. 9/99	EDMZ * 318.010.9/99 d
Forschungsbericht: Karin Faisst, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Qualitätssicherung – Bestandsaufnahme. Nr. 10/99	EDMZ * 318.010.10/99 d
Forschungsbericht: Neue Finanzordnung mit ökologischen Anreizen: Entlastung über Lohn- und MWST-Prozente? Ecoplan. Nr. 1/00	EDMZ * 318.010.1/00 d
Forschungsbericht: Freie Wahl der Pensionskasse: Teilbericht. PRASA. Nr. 2/00	EDMZ * 318.010.2/00 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung. Nr. 3/00	EDMZ * 318.010.3/00 d
Forschungsbericht: Wilhelmine Stürmer, Daniela Wendland, Ulrike Braun, Prognos: Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG. Nr. 4/00	EDMZ * 318.010.4/00 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Bundesamt für Statistik: Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit. Nr. 5/00	EDMZ * 318.010.5/00 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Office fédéral de la Statistique: Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection sociale. N° 5/00	OCFIM* 318.010.5/00 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Tagungsband der Arbeitstagung des Eidg. Departement des Innern: Massnahmen des KVG zur Kostendämpfung / La LAMal, instrument de maîtrise des coûts / Misura della LAMal per il contenimento dei costi. N° 6/00	EDMZ * 318.010.6/00 dfi
Forschungsbericht: Auswirkungen des KVG im Tarifbereich; INFRAS, Zürich. Nr. 7/00	EDMZ* 318.010.7/00 d

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Rapport de recherche: Beat Sterchi, Marcel Egger, Véronique Merckx (Ernst & Young Consulting AG, Bern): Faisabilité d'un „chèque-service". N° 8/00	OCFIM* 318.010.8/00 f
Rapport de recherche: Jacques-André Schneider, avocat, docteur en droit, chargé de cours, Université de Lausanne: A-propos des normes comptables IAS 19 et FER/RPC 16 et de la prévoyance professionnelle suisse. N° 9/00	OCFIM* 318.010.9/00 f
Forschungsbericht: Leo Aarts, Philipp de Jong (Aarts & de Jong B.V., Den Haag); Christopher Prinz (Europäisches Zentrum für Wohlfahrts-politik und Sozialforschung, Wien): Determinanten der Inanspruch-nahme einer Invalidenrente – Eine Literaturstudie. Nr. 10/00	EDMZ * 318.010.10/00 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS), Robert E. Leu (Volkswirt-schaftliches Institut der Universität Bern): Finanzierungsalternativen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Nr. 11/00	EDMZ * 318.010.11/00 d
Rapport de recherche: M. Polikowski, R. Lauffer, D. Renard, B. Santos-Eggimann (Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne): Analyse des effets de la LAMal: Le «catalogue des pres-tations» est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité? N° 12/00	OCFIM* 318.010.12/00 f
Forschungsbericht: Kurt Wyss: Entwicklungstendenzen bei Integrations-massnahmen der Sozialhilfe. Nr. 13/00	EDMZ * 318.010.13/00 d
Rapport de recherche: Kurt Wyss: Évolution des mesures d'intégration de l'aide sociale. N° 13/00	OCFIM* 318.010.13/00 f
Rapport de recherche: Ariane Ayer, Béatrice Despland, Dominique Sprumont, Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel: Analyse juridique des effets de la LAMal: Catalogue des prestations et procé-dures. N° 14/00	OCFIM* 318.010.14/00 f
Rapport de recherche: Maryvonne Gognalons-Nicolet, Jean-Marie Le Goff, Hôpitaux Universitaires de Genève: Retraits anticipés du marché du travail avant l'âge AVS: un défi pour les politiques de retraite en Suisse. N° 1/01	OCFIM* 318.010.1/01 f
Forschungsbericht: Andreas Balthasar, Interface Institut, Luzern: Die Sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen: Monitoring 2000. Nr. 2/01	EDMZ * 318.010.2/01 d
Rapport de recherche: Andreas Balthasar, Interface Institut, Lucerne: Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. N° 2/01	OCFIM* 318.010.2/01 f

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Matthias Peters, Verena Müller, Philipp Luthiger, IPSO: Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten. Nr. 3/01	EDMZ * 318.010.3/01 d

- * EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
- * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
- * UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
- ** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
- ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna