



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

# *Finanzierungsalternativen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*

Forschungsbericht Nr. 11/00

**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.

**Autoren:** Stefan Spycher, lic. rer. pol.,  
Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS  
Prof. Dr. Robert E. Leu, Volkswirtschaftliches Institut  
der Universität Bern

**Herausgeber:** Bundesamt für Sozialversicherung

**Auskünfte:** Martin Wicki  
Bundesamt für Sozialversicherung  
Fachdienst Wirtschaft, Grundlagen, Forschung  
Effingerstrasse 35  
3003 Bern  
Tel. 031/322 90 25  
Email: martin.wicki@bsv.admin.ch  
Internet: www.bsv.admin.ch

**ISBN:** 3-905340-17-8

**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/edmoz](http://www.admin.ch/edmoz)

**Bestellnummer:** 318.010.11/00 d 12.00 250

# **Finanzierungsalternativen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung**

Kurzgutachten im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung

lic.rer.pol. Stefan Spycher, Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS

Prof. Dr. Robert E. Leu, Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern

Bern, Januar 2000

## Vorwort des Bundesamts für Sozialversicherung

Am 31. Mai 1999 entschied der Bundesrat, die Volksinitiative "Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)" der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz, welche die Einführung von einkommens- und vermögensabhängigen Prämien in der Krankenversicherung fordert, zur Ablehnung zu empfehlen. Im Rahmen der Ausarbeitung der Botschaft zur Gesundheitsinitiative hat der Bundesrat das Eidg. Departement des Innern damit beauftragt, Modelle für eine Verbesserung des Finanzierungssystems der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu prüfen und noch vor dem Entwurf der Botschaft zur Gesundheitsinitiative zu unterbreiten. Er hat zudem entschieden, es sei am heutigen System der Kopfprämien und der Prämienverbilligung im Grundsatz festzuhalten.

In diesem Zusammenhang wurde das vorliegende Kurzgutachten erstellt. Zu vertiefen waren darin namentlich Überlegungen zu den folgenden Elementen:

- Einkommensabhängige Definition der Kostenbeteiligung;
- Steuerfinanzierter Fonds zur Finanzierung teurer medizinischer Leistungen;
- Definition eines "Familienkoeffizienten" zur Senkung der Prämienbelastung für Familien;
- Optimierung des Prämienverbilligungssystems.
- Da es sich abzeichnete, dass eine echte Lösung der Finanzierungsfrage nur in Kombination mit der Neuordnung der Spitalfinanzierung möglich sein dürfte, war – unabhängig vom Lösungsansatz – die Spitalfinanzierung in die Überlegungen mit einzubeziehen.

Die Ergebnisse des Kurzgutachtens sind in der Botschaft des Bundesrates zur zweiten Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes vom 18. September 2000 erwähnt. Damit steht eine weitere Diskussionsgrundlage für die bevorstehende parlamentarische Beratung zur Verfügung.

Fritz Britt, Vizedirektor

Hauptabteilung  
Kranken- und Unfallversicherung

## Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

Le 31 mai 2000, le Conseil fédéral a recommandé le rejet de l'initiative populaire "La santé à un prix abordable (initiative-santé)", déposée par le Parti socialiste suisse. Cette initiative demande que les primes d'assurance-maladie soient liées au revenu et à la fortune. Dans le cadre de l'élaboration du message sur l'initiative-santé, le Conseil fédéral a chargé le Département fédéral de l'intérieur d'étudier des modèles permettant d'améliorer le système de financement de l'assurance obligatoire des soins et de faire part des résultats de ces recherches avant la rédaction du message concernant l'initiative-santé. Le Conseil fédéral a par ailleurs décidé que le système actuel des primes par tête et de la réduction de primes devait être maintenu.

C'est dans ce contexte qu'a été élaborée la brève expertise que voici. Il s'agissait notamment d'approfondir la réflexion sur les points suivants :

- Définition d'une participation aux coûts liée au revenu.
- Fonds financé par des ressources fiscales pour le financement de prestations médicales coûteuses.
- Définition d'un "coefficient familial" pour abaisser le coût des primes des familles.
- Optimisation du système de réduction de primes.
- Dans la mesure où il est apparu que le problème du financement ne pouvait probablement être résolu qu'au prix d'une réforme du financement des hôpitaux, il fallait – indépendamment de l'ébauche de solution – inclure ce financement dans les réflexions.

Les résultats de la brève expertise sont mentionnés dans le message du Conseil fédéral du 18 septembre 2000 relatif à la 2<sup>e</sup> révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. De ce fait, de nouvelles bases de discussion sont disponibles en vue des délibérations parlementaires qui auront lieu prochainement.

Fritz Britt, sous-directeur

Division principale  
Assurance-maladie et accidents

## Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b>	<b>II</b>
<b>Résumé</b>	<b>IV</b>
<b>1 Ausgangslage und Auftrag</b>	<b>1</b>
<b>2 Beurteilungskriterien von Finanzierungsalternativen</b>	<b>1</b>
<b>3 Beurteilung der heutigen Finanzierung</b>	<b>3</b>
3.1 Die heutige Finanzierung in der Übersicht	3
3.2 Beurteilung	5
3.3 Fazit	7
<b>4 Schwerpunkte einer Finanzierungsreform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</b>	<b>7</b>
4.1 Kurz- und mittelfristige Reformvorschläge	7
4.1.1 Die Reformideen	7
4.1.2 Auswirkungen der Reformvorschläge in der kurzen und mittleren Frist	10
4.2 Langfristige Reformvorschläge	11
4.3 Elemente für einen allfälligen Gegenvorschlag zur SP-Initiative	12
<b>Literatur</b>	<b>14</b>
<b>Anhang: Tabellen und Abbildungen</b>	<b>15</b>

## Zusammenfassung

### Ausgangslage und Auftrag

Der Bundesrat hat im Oktober 1999 die von der Sozialdemokratischen Partei eingereichte Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben» ohne Gegenvorschlag verworfen. Die Initiative sieht zur (teilweisen) Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) eine einkommens- und vermögensabhängige Prämie vor. Gleichzeitig stellt sich der Bundesrat aber die Frage, wie die Finanzierung verändert werden könnte, wenn an den Kopfprämien und der Prämienverbilligung festgehalten wird. Ziel einer Veränderung ist ein besserer Wirkungsgrad des KVG.

Das vom Bundesamt für Sozialversicherung in Auftrag gegebene Kurzgutachten soll konkret folgende Fragestellung behandeln: Wie kann die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unter gewissen Vorgaben (Kopfprämien, Prämienverbilligung) verändert werden, damit die Ziele des Krankenversicherungsgesetzes (Solidarität, Kostendämpfung, hochstehende Qualität der Versorgung) besser erreicht werden können?

### Beurteilung der heutigen Finanzierung

Die heutigen Finanzierungsregeln führen dazu, dass (a) die Solidarität zwischen Reich und Arm im internationalen Vergleich relativ bescheiden ist (nur gut ein Drittel der Kosten werden steuerfinanziert), (b) nicht alle Haushalte mit der Prämienverbilligung in genügendem Ausmass erreicht werden (die Belastung von maximal 8 Prozent des steuerbaren Einkommens wird nicht in allen Kantonen erreicht), (c) die Anreize zum wirtschaftlichen Handeln gedämpft werden (bspw. durch die Subventionierung der stationären Aufenthalte) und (d) Wettbewerbsverzerrungen bestehen (ungenügender Risikoausgleich, Subventionierung der stationären Aufenthalte). Fazit: Es besteht Handlungsbedarf.

### Schwerpunkte einer zukünftigen Finanzierung

In der politischen Diskussion und in der wissenschaftlichen Literatur wurden viele Vorschläge geäußert, wie die Finanzierung ausgestaltet werden könnte. Wir beurteilten diese Ideen nach folgenden Kriterien: (a) Inwiefern erhöht die Realisierung den Zielerreichungsgrad des KVG? (b) Inwiefern berücksichtigen die Ansätze gesundheitsökonomische Überlegungen? (c) Inwiefern erscheint die Idee politisch umsetzbar?

Als Rahmenbedingung für alle Reformideen gilt die Vorgabe des Auftraggebers, dass an den Kopfprämien und an der Prämienverbilligung festgehalten werden muss. Unter Anwendung dieser Kriterien stehen für uns folgende Reformschritte im Vordergrund:

■ **Bereich «Verstärkung der Solidarität Reich-Arm»:** Soll die Solidarität Reich-Arm auf der Finanzierungsseite verstärkt werden, besteht die naheliegendste Lösung darin, das bestehende Prämienverbilligungssystem zu verbessern und allenfalls auszubauen. Beispielsweise könnte vom Bund verbindlich vorgeschrieben werden, dass die Prämienbelastung nicht mehr als 8 Prozent des steuerbaren Einkommens ausmachen darf. Weiter könnte dieser Grenzwert in den nächsten Jahren allenfalls schrittweise gesenkt werden. Ausserdem könnten bestehende (Vollzugs-) Mängel behoben werden.

Soll die Solidarität zwischen Arm und Reich in substantiellerem Mass gestärkt werden, käme ein monistisches Finanzierungssystem in Frage. Eine zentrale Rolle käme dabei einem Fonds zu, welcher zum einen durch die bisherigen Kantonssubventionen an die stationären Aufenthalte zu speisen wäre. Zum andern könnten zusätzliche Steuermittel eingeschossen werden, um den steuerfinanzierten Anteil der OKP-Finanzierung zu erhöhen. Die Leistungen des Fonds an die Krankenversicherer hätten prospektiv und wettbewerbsneutral zu erfolgen.

Ebenfalls denkbar wäre die Bildung eines steuerfinanzierten Hochrisikopools. In einem Hochrisikopool werden Versicherte aufgenommen, deren Therapie besonders hohe Kosten verursacht.

■ **Bereich «Verstärkung der Solidarität Gesund-Krank»:** Aus wettbewerbspolitischen Gründen drängt sich eine Reform des heute unzureichend funktionierenden Risikoausgleichs auf. Eine solche Reform würde die Spiesse zwischen den Versicherern gleich lang machen, den Wettbewerb intensivieren und somit die Kosten senken. Gleichzeitig gäbe es eine Verstärkung der Solidarität zwischen Gesund und Krank, weil ein besserer Risikoausgleich dazu führt, dass diejenigen Kassen, welche überdurchschnittlich viele teure Versicherte haben, mehr Geld bekommen. Da gleichzeitig schlechte Risiken seltener den Versicherer wechseln, kommt ein besserer Ausgleich direkt auch ihnen zu Gute.

■ **Bereich «Verstärkung der Kostendämpfung, des Wettbewerbs und Erhöhung der Effizienz»:** Neben der Verbesserung des Risikoausgleichs sehen wir in einer Veränderung der Spitalfinanzierung den zentralen Veränderungsbedarf, um den ökonomischen Wirkungsgrad der OKP-Finanzierung zu erhöhen. Leitlinie der Reform muss dabei das Anliegen sein, (a) statio-

näre und teilstationäre / ambulante Leistungen gleich zu behandeln und (b) Wettbewerbsverzerrungen zwischen öffentlichen/öffentlich subventionierten Spitälern und Privatspitälern zu beseitigen.

Neben der Veränderung der Finanzierungsregeln scheinen uns weitere Reformen kurz- und mittelfristig wichtig, um den ökonomischen Zielerreichungsgrad des KVG zu erhöhen. Dazu gehört die Aufhebung des Kontrahierungszwanges.

### Reform in zwei Phasen

Die von uns vorgeschlagenen Reformschritte bedingen einen substantiellen Konsens zwischen den gesundheitspolitischen Akteuren. Da ein solcher Konsens zur Zeit noch nicht vorhanden ist, haben wir die Reform in zwei Phasen unterteilt. Zum einen in Massnahmen, die sich eher für eine **kurz- und mittelfristige Umsetzung** anbieten, und zum anderen in solche, die wohl eher längerfristig ein Thema bilden können. Zur ersten Gruppe gehören folgende Massnahmen:

- Die Festsetzung eines sozialpolitisch verbindlichen Eckwertes bei der Prämienverbilligung.
- Die Festlegung eines Zeitplans zur allfälligen Senkung dieses Eckwertes.
- Die Veränderung des Risikoausgleichs.
- Die Veränderung der Spitalfinanzierung gemäss dem bundesrätlichen Vernehmlassungsvorschlag.
- Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs.

Eher in einem **längerfristigen Zeithorizont** realisierbar scheinen uns folgende Massnahmen:

- Die Bildung eines monistischen Finanzierungssystems über eine Fondslösung.
- Die Überführung der kantonalen Subventionen für stationäre und teilstationäre Aufenthalte in den Fonds.
- Eine allfällige Steuerfinanzierung des Fonds.
- Die Bildung eines Hochrisikopools.



## Résumé

### Situation actuelle et mandat

Le Conseil fédéral a rejeté en mai 2000, sans lui opposer de contre-projet, l'initiative populaire "La santé à un prix abordable", déposée par le Parti socialiste. Pour financer (partiellement) l'assurance obligatoire des soins, l'initiative propose que la prime dépende du revenu et de la fortune. Mais le Conseil fédéral pose en même temps la question suivante : comment pourrait-on modifier le financement en conservant les primes par tête et la réduction de primes et en sachant que toute modification doit avoir pour objectif d'améliorer le degré d'efficacité de la LAMal?

Concrètement, la brève expertise effectuée sur mandat de l'Office fédéral des assurances sociales doit traiter le thème suivant : en tenant compte de certaines données (primes par tête, réduction de primes), comment peut-on modifier le financement de l'assurance obligatoire des soins pour que les objectifs de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (solidarité, maîtrise des coûts, grande qualité des soins fournis) puissent être mieux réalisés?

### Evaluation du système de financement actuel

Les règles actuelles de financement ont les conséquences suivantes : (a) une comparaison avec les autres pays montre que la solidarité entre riches et pauvres est relativement faible (un bon tiers seulement des coûts sont financés par l'impôt); (b) la réduction de primes ne permet pas d'alléger suffisamment la charge de tous les ménages (la limite supérieure de 8 % du revenu imposable n'est pas respectée dans tous les cantons); (c) certaines mesures comme les subventions accordées pour les séjours en hôpital réduisent l'efficacité des incitations aux comportements conformes aux lois de l'économie; (d) des distorsions de la concurrence demeurent (compensation insuffisante des risques, subventionnement des séjours en hôpital). Conclusion : il est nécessaire d'agir.

### Les points forts d'un futur financement

Dans le cadre des débats politiques et dans la littérature spécialisée, de nombreuses propositions sont faites concernant les modes envisageables de financement. Nous avons jugé ces idées sur la base des critères suivants : (a) Dans quelle mesure leur mise en pratique permettrait-elle de mieux réaliser les objectifs de la LAMal? (b) Dans quelle mesure les propositions s'inspi-

rent-elles de réflexions relatives à l'économie de la santé? (c) Dans quelle mesure l'idée paraît-elle politiquement applicable?

Toutes les idées de réforme du système doivent respecter ces conditions-cadre imposées par le mandant : les primes par tête et la réduction de primes doivent être conservées. Dans l'application de ces critères, les points suivants revêtent pour nous une importance particulière :

■ **Domaine «Renforcement de la solidarité entre riches et pauvres»** : Si l'on veut renforcer la solidarité entre riches et pauvres sur le plan du financement, la première solution consiste à améliorer le système de réduction de primes en vigueur et éventuellement à l'étendre. La Confédération pourrait par exemple prescrire de manière contraignante que la charge de primes ne doit pas dépasser 8 % du revenu imposable. Cette valeur plafond pourrait par ailleurs être abaissée progressivement au cours des années suivantes. Cette solution permettrait aussi de corriger des défauts (liés à l'application).

Si la solidarité entre riches et pauvres devait être renforcée de manière substantielle, un système de financement moniste pourrait être la solution. Dans ce cas un fonds jouerait un rôle-clé, qui devrait être alimenté en partie par les subventions cantonales versées aujourd'hui pour les séjours en hôpital. Des ressources fiscales supplémentaires pourraient aussi être utilisées pour accroître la part du financement de l'assurance obligatoire des soins provenant de l'impôt. Les prestations du fonds aux assureurs-maladie devraient être versées par anticipation et ne devraient pas avoir d'incidence sur la concurrence.

Un pool de hauts risques financé par l'impôt pourrait aussi être constitué. Ce pool réunirait les assurés nécessitant des soins particulièrement coûteux.

■ **Domaine «Renforcement de la solidarité entre personnes en bonne santé et malades»** : Une réforme de la compensation des risques, dont le fonctionnement actuel n'est pas satisfaisant, s'impose pour des raisons de politique de la concurrence. Une telle réforme permettrait aux assureurs de se confronter à armes égales, elle renforcerait la concurrence et abaisserait ainsi les coûts. La solidarité entre personnes en bonne santé et malades serait en même temps renforcée, dans la mesure où, avec une meilleure compensation des risques, les caisses auxquelles sont affiliés un nombre d'assurés chers supérieur à la moyenne reçoivent plus d'argent. Comme, dans le même temps, les mauvais risques changent plus rarement d'assureur, une amélioration de la compensation leur est à eux aussi directement profitable.

■ **Domaine «Renforcement de la maîtrise des coûts, de la concurrence et de l'efficacité» :** A côté de l'amélioration de la compensation des risques, le financement des hôpitaux est le principal point qui nécessite un changement, si l'on veut augmenter le taux d'efficacité économique du financement de l'assurance obligatoire des soins. Les considérations suivantes doivent servir d'idée directrice de la réforme : (a) le traitement réservé aux prestations hospitalières et semi-hospitalières/ambulatoires doit être identique et (b) il faut éliminer les distorsions de concurrence entre les hôpitaux publics/subventionnés par les pouvoirs publics et les hôpitaux privés.

En plus de la modification des règles de financement, d'autres réformes nous paraissent importantes à court et à moyen terme dans le but d'augmenter le degré de réalisation des objectifs économiques de la LAMal, comme la suppression de l'obligation de conclure une convention.

### **Une réforme en deux phases**

Il doit y avoir un consensus de fond entre les acteurs du domaine de la santé sur les points de la réforme que nous proposons. Un tel consensus faisant encore défaut à l'heure actuelle, nous avons divisé la réforme en deux phases. La première regroupe des mesures susceptibles d'être **mises en œuvre plutôt à court et à moyen terme**, et la seconde d'autres mesures envisageables à plus long terme. Les mesures suivantes relèvent de la première phase :

- La fixation d'une valeur de référence contraignante d'un point de vue sociopolitique, en ce qui concerne la réduction de primes.
- La fixation d'un calendrier pour un éventuel abaissement de cette valeur de référence.
- La modification de la compensation des risques.
- La modification du financement des hôpitaux conformément à la proposition mise en consultation par le Conseil fédéral.
- La suppression de l'obligation de contracter.

A nos yeux, les mesures suivantes paraissent plutôt réalisables à **plus long terme** :

- La mise en place d'un système de financement moniste prévoyant la création d'un fonds.
- Le transfert à ce fonds des subventions cantonales destinées aux séjours hospitaliers ou semi-hospitaliers.
- Un éventuel financement du fonds par des ressources fiscales.
- La création d'un pool de hauts risques.

## 1 Ausgangslage und Auftrag

Der Bundesrat hat im Oktober 1999 die von der Sozialdemokratischen Partei eingereichte Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben», welche zur (teilweisen) Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) eine einkommens- und vermögensabhängige Prämie vorsieht, ohne Gegenvorschlag verworfen. Gleichzeitig stellte er sich aber die Frage, wie die Finanzierung verändert werden könnte, wenn an den Kopfprämien und der Prämienverbilligung festgehalten wird.

Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) beschloss anfangs Dezember 1999, Finanzierungsalternativen im Rahmen eines Kurzgutachtens extern erarbeiten und prüfen zu lassen. Dazu wurden zwei Institute angefragt und zur Zusammenarbeit bewogen: Das Volkswirtschaftliche Institut der Universität Bern (Prof. Dr. Robert E. Leu) und das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS (lic.rer.pol. Stefan Spycher). Zur Erarbeitung standen lediglich wenige Wochen zur Verfügung. Aufgrund des engen Zeitrahmens kann das Kurzgutachten keine umfassende Behandlung der zur Diskussion stehenden Fragen beinhalten. Es geht vielmehr darum, bestehende Vorschläge zu analysieren, (allenfalls) neue Ideen einzubringen, ihre Auswirkungen kurz zu diskutieren und eine Bewertung vorzunehmen. Das Kurzgutachten soll primär dem BSV als Grundlage für die Erarbeitung eines Aussprachepapiers für den Bundesrat dienen.

Konkret lautet der **Auftrag** für das Kurzgutachten: Wie kann die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unter gewissen Vorgaben (Kopfprämien, Prämienverbilligung) so verändert werden, damit die Ziele des Krankenversicherungsgesetzes (Solidarität, Kostendämpfung, hochstehende Qualität der Versorgung) besser erreicht werden können?

Im vorliegenden Kurzgutachten beleuchten wir unter gesundheitsökonomischen Aspekten sowohl die aktuelle Finanzierung als auch mögliche Alternativen. Gleichzeitig werden auch Überlegungen über die politische Realisierbarkeit einzelner Vorschläge angestellt. Wo solche Überlegungen einfließen, werden sie explizit kenntlich gemacht.

Das Kurzgutachten ist wie folgt aufgebaut: **Abschnitt zwei** wendet sich einigen grundsätzlichen Überlegungen zur Finanzierung der Krankenversicherung zu. Insbesondere werden die Beurteilungskriterien von Finanzierungsalternativen herausgearbeitet. Im **dritten Abschnitt** werden die entwickelten Kriterien auf die heutige Finanzierung angewendet. Es zeigt sich, dass Handlungsbedarf besteht. Im **vierten Abschnitt** werden daher in der Folge Schwerpunkte genannt, wie sich die Finanzierung der OKP aus der Sicht der Gesundheitsökonomie weiterentwickeln könnte. Es wird dabei zwischen Reformvorschlägen in der kurz- und mittleren Frist einerseits und solchen in der langen Frist andererseits unterschieden. Die Differenz ist keine inhaltliche. Vielmehr rührt sie aus einer Beurteilung des politisch Machbaren. Ebenfalls genannt werden Elemente, welche allenfalls als Gegenvorschlag zur SP-Initiative in Betracht gezogen werden könnten.

## 2 Beurteilungskriterien von Finanzierungsalternativen

Eine Veränderung der heutigen Finanzierung der Krankenpflegeversicherung wird vom Bundesrat dann als sinnvoll betrachtet, wenn dadurch die Ziele des Krankenversicherungsgesetzes besser erreicht werden können. Darüber hinaus gibt es aus ökonomischer Sicht aber noch weitere Aspekte zu berücksichtigen.

### Die Ziele des KVG als Bezugspunkte

In der Botschaft über die Revision der Krankenversicherung nennt der Bundesrat (1991) drei Ziele, welcher die Reform zu genügen habe:

■ **Solidarität:** Die Solidarität zwischen gesunden und kranken sowie reichen und armen Versicherten soll gestärkt werden.

■ **Kosteneindämmung:** Das Idealziel wäre gemäss Bundesrat dann erreicht, wenn die Kostendämpfungsmassnahmen dazu führen, dass die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen derjenigen der anderen Güter und Dienstleistungen folgt.

■ **Qualität:** Sicherstellung einer hochstehenden, finanziell tragbaren Versorgung.

Die Ziele zwei und drei müssen für die ökonomische Analyse weiter operationalisiert werden:

■ Aus ökonomischer Sicht gibt es kein «richtiges» Kostenniveau. Unseres Erachtens macht es keinen Sinn, die Gesundheitsausgaben an Indikatoren wie Lohnentwicklung, Entwicklung des Bruttoinlandprodukts etc. zu binden. Die Gesundheitsquote wird auch in Zukunft steigen, einerseits, weil der technische Fortschritt nicht aufzuhalten ist, und andererseits, weil in wohlhabenden Ländern wie der Schweiz immer mehr Gesundheitsleistungen nachgefragt werden. Die Frage ist aus ökonomischer Sicht nur, ob die Entscheide über die Verwendung der knappen Ressourcen unter den richtigen Umständen zustande kommen, ob also die Anreize für die Akteure des Gesundheitswesens richtig gesetzt sind.<sup>1</sup> Das Ziel der Kosteneindämmung müsste aus ökonomischer Sicht daher auf die Beantwortung folgender Frage umformuliert werden: «Werden die Anreize für die Akteure durch ein neues Finanzierungssystem so geändert, dass erwartet werden kann, dass sie sich bei gleicher Qualität kostenbewusster verhalten?»

■ Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass die Qualität der medizinischen Leistungen unter dem Wettbewerbsdruck steigen können. Qualität wird zu einem Wettbewerbsparameter. Andererseits gibt es auch Anzeichen dafür, dass die Leistungserbringer dem Kostendruck teilweise dadurch auszuweichen versuchen, dass sie die Qualität der Versorgung senken (für den gleichen Preis eine geringere Leistung). Finanzierungsalternativen sind daher auch danach zu beurteilen, wie sie die Qualität der medizinischen Leistungen beeinflussen. Weiter bedeutet die Sicherstellung einer hochstehenden Versorgung auch, dass der medizinisch-technische Fortschritt nicht behindert werden soll.

### Finanzierungsgrundsätze aus ökonomischer Sicht

Die durch die Politik vorgegebenen Ziele können aus ökonomischer Sicht mit weiteren Grundsätzen über die Finanzierung ergänzt werden:

■ **Keine falschen Anreize für die Akteure:** Ökonom/innen gehen davon aus, dass monetäre Anreize auch im Gesundheitswesen eine Rolle spielen. Damit das Gesundheitswesen effizient funktionieren kann, müssen diese Anreize innerhalb von staatlich gesetzten Rahmenbedingungen ganz bestimmten Bedingungen genügen. Werden diese Bedingungen bspw. durch staatliche Finanzierungsmechanismen verletzt, sinkt die Effizienz des Gesundheitssystems. Einen falschen Anreiz setzt bspw. die staatliche Subvention einer spezifischen Leistung. Dadurch wird diese Leistung im Vergleich zu anderen Leistungen verbilligt und überkonsumiert.

■ **Keine Verzerrung des Wettbewerbs:** In bestimmten Bereichen des Gesundheitswesens besteht Wettbewerb zwischen den Akteuren. Aus ökonomischer Sicht sollten die Finanzierungsregeln den Wettbewerb nicht verzerren, indem sie gewisse Marktteilnehmer bevorteilen und andere benachteiligen. Derartige Behinderungen führen dazu, dass die bevorteilten Akteure strukturell unterstützt werden, ohne dass dies durch deren Eigenleistung genügend begründet ist.

■ **Übereinstimmung von Entscheidungskompetenzen und Finanzierungsverantwortung:** Zentral für die Finanzierungsregeln sind die Übereinstimmung von Entscheidungskompetenzen und finanzieller Verantwortung. Fallen die beiden Bereiche auseinander, so haben die Akteure keinen bzw. nur noch einen reduzierten Anreiz, Kosten-Nutzen-Überlegungen in ihre Entscheidungen einzubringen.

■ **Akzeptanz:** Um eine gute Akzeptanz einer Finanzierungslösung bei der Bevölkerung zu garantieren, sollte sie möglichst einfach und transparent ausgestaltet sein.

■ **Administration:** Die Finanzierung sollte administrativ einfach sein und wenig Erhebungskosten verursachen.

Die Verteilungszielsetzungen des KVG können durchaus in einem Spannungsfeld zu den ökonomischen Finanzierungsgrundsätzen stehen. Das Primat liegt dabei bei den von der Politik vorgegebenen Rahmenbedingungen.

## 3 Beurteilung der heutigen Finanzierung

### 3.1 Die heutige Finanzierung in der Übersicht

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung wird heute durch verschiedene Quellen finanziert:

■ **Kopfprämien der Versicherten:** Alle Versicherten bezahlen eine Prämie. Die Prämienhöhe muss innerhalb einer Versicherung für alle Erwachsenen in einem Kanton und einer Region gleich hoch sein. Für Kinder und junge Erwachsene in Ausbildung können reduzierte (einheitliche) Prämien verlangt werden.

■ **Kostenbeteiligungen der Versicherten:** Die Versicherten beteiligen sich an den entstehenden Kosten in dreifacher Weise: (a) Sie übernehmen die Kosten bis zu einer bestimmten Franchisehöhe (minimal 230 Franken, Kinder ohne Franchise). (b) Von den die Franchise übersteigenden Kosten tragen die Versicherten 10 Prozent (bis maximal 600 Franken pro Jahr für Erwachsene und 300 Franken für Kinder). (c) Für jeden Spitaltag wird zusätzlich ein Selbstbehalt von 10 Franken verrechnet.<sup>ii</sup>

■ **Prämienverbilligungsbeiträge durch Bund und Kantone:** Das heutige Prämienverbilligungssystem sieht vor, dass die Kantone die Prämien für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen verbilligen. Im Vollzug sind die Kantone weitgehend frei. Von den eidg. Parlamenten werden auf vier Jahre hinaus die jährlichen Beiträge festgelegt (jüngst für die Jahre 2000 bis 2003). Gleichzeitig wird der Betrag festgelegt, um welchen die Kantone die Bundesbeiträge zu ergänzen haben. Den Kantonen wird aber die Möglichkeit eingeräumt, den von ihnen zu übernehmenden Betrag um maximal 50 Prozent zu kürzen.

■ **Subventionierung von stationären Leistungen durch die Kantone:** Die Kantone sind verpflichtet, die in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern entstehenden laufenden Betriebskosten der Patienten/innen der allgemeinen Abteilung zu mindestens 50 Prozent zu decken. Ein Urteil des Eidg. Versicherungsgerichtes zwingt die Kantone, diesen Beitrag auch für die halbprivat- und privatversicherten Kantonsbürger/innen, welche aus medizinischen Gründen oder in Notfällen ausserhalb des Kantons in Spitalpflege sind, zu bezahlen.<sup>iii</sup>

■ **Bereitstellung von Infrastrukturen durch die Kantone und Gemeinden:** Kantone und Gemeinden finanzieren (teilweise) den Bau von Spitälern und Pflegeeinrichtungen direkt. Weiter kommen sie auch (teilweise) für die (grösseren) laufenden Infrastrukturanschaffungen auf.

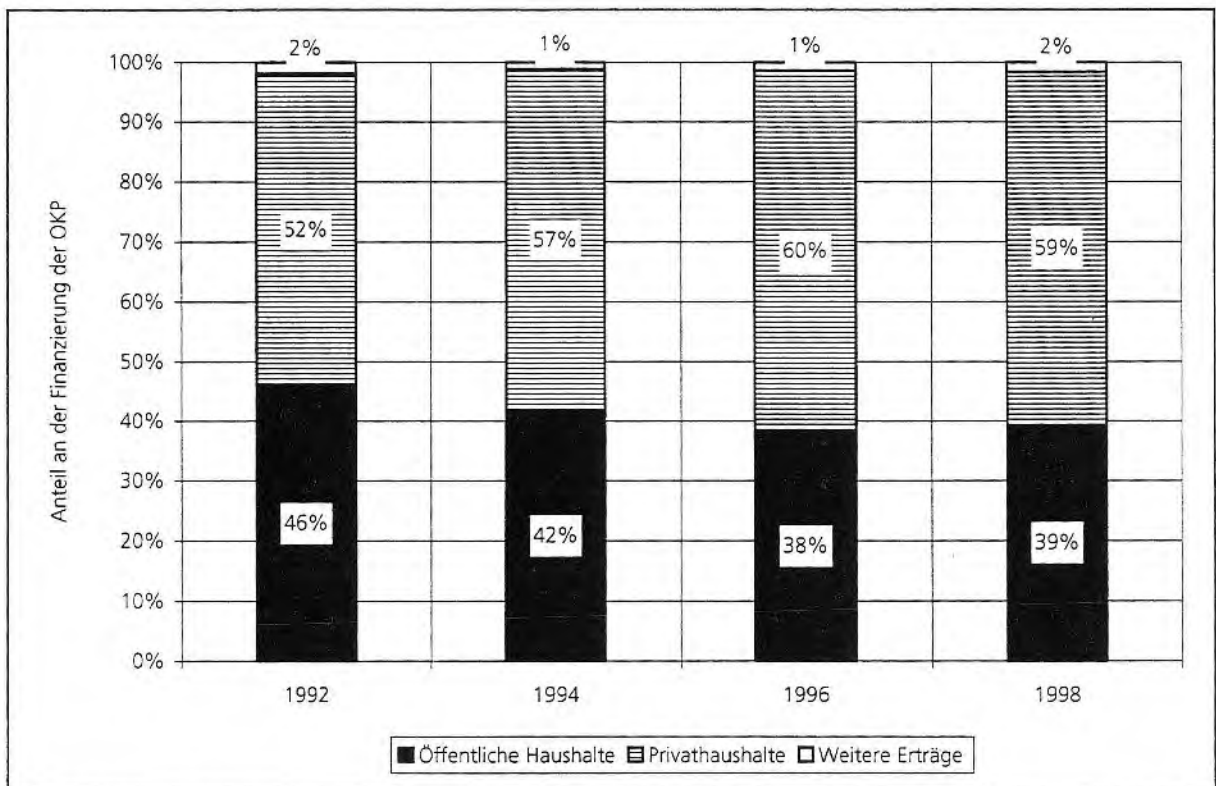
■ **Kapitalerträge und übrige Erträge:** Die Krankenversicherer legen die Reserven und die vorübergehend überschüssigen Prämieinnahmen am Kapitalmarkt an. Dadurch ergeben sich weitere Einnahmen.

■ **Risikoausgleich:** Zwischen den Versicherern existiert ein Risikoausgleich. Damit werden Kosten zwischen Kassen, welche überdurchschnittlich viele teure Versicherte aufweisen, und solchen, welche in der umgekehrten Situation sind, umverteilt. Für die Umverteilung spielt nur die Verteilung der Versicherten nach Altersklassen und Geschlecht eine Rolle. Der Berechnungsmodus des Risikoausgleichs führt dazu, dass die Summe der Abgaben an den Ausgleichsfonds den Beiträgen aus demselben entsprechen. Es handelt sich also um ein «Nullsummenspiel».

### 3 Beurteilung der heutigen Finanzierung

Es ist nicht ganz einfach, eine detaillierte Statistik der OKP-Finanzierung zu erstellen. Dies liegt daran, dass die Daten nicht zentral gesammelt werden. Das Bundesamt für Sozialversicherung schafft eine Übersicht über die Finanzierungsströme, welche über die Krankenversicherer abgewickelt werden. Das Bundesamt für Statistik erfasst demgegenüber die Finanzierungsströme im Gesundheitswesen als ganzes. **Abbildung 1** und Tabelle 1 im Anhang zeigen eine Zusammenstellung der Daten. Weil sie aus verschiedenen Quellen stammen, müssen sie allerdings mit Vorsicht interpretiert werden. Verglichen werden die Jahre 1992, 1994, 1996 und 1998. Aus **Abbildung 1** wird vorerst einmal deutlich, dass die Hauptlast der Finanzierung mit knapp zwei Dritteln auf den Kopfprämien und den Kostenbeteiligungen der Versicherten liegt. Gleichzeitig zeigt sich, dass die Finanzierungslast der Haushalte von 1992 bis 1996 deutlich zugenommen hat. Dies ist ausschliesslich auf einen Rückgang der Kantonsbeiträge zurückzuführen. 1998 nahm der Anteil der öffentlichen Haushalte wiederum leicht zu. Zur Zeit kann nicht beurteilt werden, ob es sich um eine Trendwende handelt. Da die Veränderung primär auf die Zunahme der Prämienverbilligungsbeiträge zurückzuführen ist, kann bei weiter steigenden Prämien erwartet werden, dass der Anteil der Privathaushalte eher wieder zunehmen wird.<sup>iv</sup> Wenn 1998 die öffentlichen Haushalte denselben Anteil übernommen hätten wie 1992 (43 Prozent statt 37 Prozent), dann hätten sie zusätzlich Kosten im Umfang von 1.3 Milliarden Franken von den Privathaushalten übernehmen müssen.

Abbildung 1: Die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zwischen 1992 und 1998



Für 1998 mussten die Investitionen der öffentlichen Hand geschätzt werden.  
Quelle: Tabelle 1 im Anhang

## 3.2 Beurteilung

Die heutige Finanzierungsstruktur wird nachfolgend aufgrund der in Kapitel 2 genannten Kriterien beurteilt.

### Solidarität

Die einheitliche Kopfprämie für Erwachsene führt innerhalb der Prämienregionen einer Kasse zu einer vollständigen Solidarität zwischen Gesunden und Kranken. Allerdings gilt diese Solidarität nicht generell, weil eine Kasse die Prämien für Kinder und junge Erwachsene in Ausbildung abstufen kann. Die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken wird aber vor allem dadurch relativiert, dass die Versicherten sehr unterschiedliche Risikokollektive aufweisen. Kassen mit Versicherten, die überdurchschnittlich häufig krank sind, haben in der Folge auch überdurchschnittliche Prämien, obschon ein Risikoausgleich zwischen den Kassen existiert. Der Hauptgrund dafür liegt darin, dass der Risikoausgleich heute nur ungenügend ausgestaltet ist (vgl. Spycher 1999).

Die Franchisen und der Selbstbehalt schwächen die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken ebenfalls, da nur die Kranken diese Kosten zu tragen haben. Allerdings wird diese Aufweichung der Solidarität bewusst in Kauf genommen, damit die Versicherten bei ihren gemeinsam mit den Ärzt/innen getroffenen Entscheidungen über die Wahl der Diagnose und Therapie ebenfalls Kosten-Nutzen-Überlegungen einfließen lassen. Die obligatorische Franchise von 230 Franken und der auf 600 Franken pro Jahr limitierte Selbstbehalt führen heute kaum dazu, dass Versicherte zu selten medizinische Leistungen in Anspruch nehmen (vgl. Leu et al. 1997, Leu und Gerfin 1993, Van Doorslaer et al. 1999).

Die Solidarität zwischen Reich und Arm wird über die Prämienverbilligungsbeiträge, die Subventionen der Kantone und Gemeinden an stationäre Aufenthalte sowie über die Bereitstellung von Infrastrukturen durch Kantone und Gemeinden vorgenommen. Die Kosten dieser Leistungen werden alle steuerfinanziert. Allerdings ist das Ausmass dieser Solidarität im internationalen Vergleich relativ bescheiden (vgl. Wagstaff et al. 1992, 1999a, 1999b). Der Anteil der steuerfinanzierten Leistungen beträgt insgesamt nur gut ein Drittel (wobei gewisse steuerfinanzierte Leistungen allerdings nicht erfasst wurden). Ausserdem ist die Prämienverbilligung nicht in allen Kantonen voll wirksam (vgl. Balthasar 1998). Das vom Bundesrat (1991, 133)<sup>9</sup> in seiner Botschaft vorgesehene Ziel, dass die Prämienbelastung bei keinem Haushalt mehr als 8 Prozent des steuerbaren Einkommens betragen soll, wurde 1996 in 8 Kantonen nicht erreicht (Zürich, Schwyz, Basel-Stadt, Basel-Landschaft, St. Gallen, Tessin, Waadt und Genf; Balthasar 1998, 62).<sup>10</sup> Seither hat sich die Situation allerdings verbessert.

### Kostendämpfung, Wettbewerb, Effizienz, Innovationen

Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen lag in den vergangenen Jahren deutlich über derjenigen der anderen Güter und Dienstleistungen. Das Idealziel des Bundesrates wurde daher nicht erreicht. Bereits in Kapitel 2 wurde allerdings ausgeführt, dass aus ökonomischer Sicht nicht eine bestimmte Kostenentwicklung anzustreben ist. Vielmehr geht es darum, dass die Entscheidungen der Akteure unter sinnvollen Kosten-Nutzen-Überlegungen zustande kommen. Die heutigen Finanzierungsregeln schaffen mehrere unerwünschte Anreize:

- Die Spitalfinanzierung führt zu folgenden vier Nachteilen (Leu et al. 1999, 12f.): (1) Stationäre Leistungen werden künstlich verbilligt, wodurch eine Verlagerung gewisser Behandlungen vom teureren stationären in den billigeren teilstationären oder ambulanten Bereich verhindert wird. (2) Alternative Versicherungsmodelle werden benachteiligt, weil sie ihre Kostenersparnisse grösstenteils durch geringere Hospita-

lisierungsraten und kürzere Aufenthaltsdauern erreichen. (3) Privatspitäler werden benachteiligt, weil die öffentlichen Spitäler ihre Kapitalkosten nicht selbst finanzieren müssen. Ausserdem erhalten die Privatspitäler selbst dann keine kantonalen Subventionsbeiträge für Allgemeinversicherte, wenn sie auf der Spitalliste des Wohnkantons des Versicherten stehen.<sup>vii</sup> (4) Die Kantone haben nur ein beschränktes Interesse an Tarifsenkungen im stationären Bereich, weil sie allenfalls entstehende Defizite selber tragen müssen. Dies wirkt sich insbesondere dann nachteilig aus, wenn sich die Krankenversicherer und Spitäler nicht auf einen Tarifvertrag einigen können (dem Kanton kommt dann die Schiedsrichterrolle zu).

■ Der Risikoausgleich funktioniert heute nur ungenügend. Dadurch haben diejenigen Kassen, welche überdurchschnittlich viele schlechte Risiken versichern, im Wettbewerb einen Nachteil. Es setzen sich im Wettbewerb diejenigen Kassen durch, welche die beste Risikoselektion betreiben. Dies ist aus folgenden Gründen unerwünscht: (1) Die Kassen konzentrieren sich auf die Risikoselektion statt auf das Kostenmanagement. (2) Durch Risikoselektion werden lediglich Kosten zwischen den Kassen verschoben statt gesenkt. (3) Risikoselektion benachteiligt die schlechten Risiken.

■ Die komplexe Finanzierungsstruktur führt dazu, dass Verantwortungen verwischt und die effektiven Kosten zu wenig wahrgenommen werden.

#### Ökonomische Finanzierungsgrundsätze

■ **Keine falschen Anreize für die Akteure:** Die heutigen Finanzierungsregeln schaffen vor allem im Bereich der stationären Versorgung falsche Anreize. Spitalleistungen werden künstlich verbilligt und damit vergleichsweise zu stark in Anspruch genommen.

Auch die Prämienverbilligungsbeiträge setzen im Prinzip falsche Zeichen. Weil sie sich an der Höhe der effektiv zu bezahlenden (Rest-) Prämien und nicht an den Prämien der günstigsten Anbieter der Region orientieren, verlieren die unterstützten Personen ihre Motivation, kostenbewusst zu handeln und auf ein günstigeres Angebot umzusteigen.<sup>viii</sup> In einigen Kantonen überlegt man sich daher, die Beiträge nur noch auf der Basis der billigsten Kasse im Kanton zu gewähren.

■ **Keine Verzerrung des Wettbewerbs:** Die geltenden Finanzierungsregeln verzerren den Wettbewerb zwischen den Versicherern (ungenügender Risikoausgleich) und zwischen öffentlichen/öffentlich subventionierten Spitälern und den Privatspitälern (Spitalfinanzierung).

■ **Übereinstimmung von Entscheidungskompetenzen und Finanzierungsverantwortung:** Für die meisten Spitäler gilt heute als Abgeltungsform in der Grundversicherung noch immer die Tagespauschale. Die Ärzt/innen können im ambulanten Bereich Einzelleistungen verrechnen. Bei diesen Vergütungsformen ist eine Übereinstimmung von Entscheidungskompetenzen und Finanzierungsverantwortung nicht gegeben. Erst ansatzweise gibt es bei den neuen Versicherungsformen bzw. im Rahmen von Versuchen in einigen Kantonen Experimente mit neuen Abgeltungsformen (vgl. Oggier 1999). Dies ist allerdings nicht dem KVG, welches in dieser Hinsicht sehr offen ist, sondern dem ungenügenden Vollzug durch die Kantone und Versicherer anzulasten.

■ **Akzeptanz:** Die geltende Finanzierungsstruktur ist weder einfach noch transparent. Es ist heute bereits problematisch, eine bereinigte Finanzierungsstatistik für die obligatorische Krankenpflegeversicherung darzustellen, weil die Daten aus verschiedensten Quellen zusammengetragen werden müssen. Allerdings ist die Mischfinanzierung seit vielen Jahren in der Schweiz üblich und politisch gut verankert.



### 3.3 Fazit

Die heutigen Finanzierungsregeln führen dazu, dass (a) die Solidarität zwischen Reich und Arm im internationalen Vergleich relativ bescheiden ist (nur gut ein Drittel der Kosten werden steuerfinanziert), (b) nicht alle Haushalte mit der Prämienverbilligung in genügendem Ausmass erreicht werden (die Belastung von maximal 8 Prozent des steuerbaren Einkommens wird nicht in allen Kantonen erreicht), (c) die Anreize zum wirtschaftlichen Handeln gedämpft werden (bspw. durch die Subventionierung der stationären Aufenthalte) und (d) Wettbewerbsverzerrungen bestehen (ungenügender Risikoausgleich, Subventionierung der stationären Aufenthalte). Fazit: Es besteht Handlungsbedarf.

## 4 Schwerpunkte einer Finanzierungsreform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Aufgrund der Analyse der heutigen Finanzierungsstrukturen und unter Berücksichtigung der Vorgaben des Auftraggebers, die Kopfprämien und die Prämienverbilligung beizubehalten, ergeben sich verschiedene Möglichkeiten, die Finanzierungsregeln zu modifizieren. Wir unterteilen die Vorschläge in solche, welche sich für die Realisierung in der kurzen und mittleren Frist anbieten, und in andere, welche aus Gründen der politischen Realisierbarkeit wohl erst längerfristig eine Rolle spielen werden. Die Abbildungen im **Anhang** stellen die Ausführungen auch (vereinfacht) graphisch dar.

### 4.1 Kurz- und mittelfristige Reformvorschläge

#### 4.1.1 Die Reformideen

##### Prämienverbilligung

■ Bei den Prämienverbilligungsbeiträgen könnte neu ein fixer Zielwert für die maximale Prämienbelastung verbindlich vorgegeben werden. Beispielsweise könnte mittels Bundesrecht vorgeschrieben werden, dass die Belastung durch Kopfprämien für ein Steuersubjekt<sup>x</sup> nicht mehr als die vom Bundesrat (1991, 133) in seiner Botschaft vorgeschlagenen 8 Prozent des steuerbaren Einkommens betragen dürfe.\*

■ Mittelfristig könnte die maximal zulässige Belastung durch die Kopfprämie schrittweise von 8 Prozent zum Beispiel auf 6 Prozent gesenkt werden. Dadurch würde die Solidarität zwischen Arm und Reich weiter verstärkt.

■ Um die bestehenden Vollzugsprobleme zu entschärfen, könnte die Ausgestaltung der Prämienverbilligung dahingehend geändert werden, dass (a) die potentiellen Empfänger/innen automatisch benachrichtigt würden, um dadurch den Anteil der Nicht-Bezüger/innen zu senken, und dass (b) neben dem Einkommen auch das Vermögen berücksichtigt würde.

Der konkrete Finanzierungsmechanismus kann auf mindestens zwei Arten ausgestaltet werden: (1) Der Bund fixiert nach wie vor seinen jährlichen Beitrag auf vier Jahre hinaus. Die Festlegung der kantonalen Beiträge entfällt. Es wird lediglich festgelegt, dass die Kantone in Ergänzung zu den Bundesbeiträgen dafür zu sorgen haben, dass die 8-Prozent-Marke nicht überschritten wird. (2) Der Bund übernimmt einen fixen Prozentsatz der kantonalen Prämienverbilligungssysteme (bspw. 50 Prozent).

Aus ökonomischer Sicht steht die erste Variante im Vordergrund. Dadurch wird die Selbstverantwortung der Kantone für ihre eigenen Gesundheitssysteme gestärkt. Es dürften insbesondere diejenigen Kantone eine Mehrbelastung erfahren, welche heute die 8-Prozent-Marke nicht erfüllen. Diese Kantone gehören nicht ausschliesslich einer bestimmten Region oder Sprachgruppe an. Allerdings gehören sie mit zwei

Ausnahmen (Thurgau, Schwyz) zu den teuersten Kantonen (vgl. Tabelle 2 und Tabelle 3 im **Anhang**). Berechnet man den Anteil der Prämienverbilligung an den entstandenen Kosten in der OKP (ohne Kostenbeteiligung)<sup>xi</sup>, so haben bereits vier der Kantone, die 1996 über der 8-Prozent-Marke lagen, einen überdurchschnittlichen Anteil (Genf, Basel-Stadt, Tessin, Waadt). Vier Kantone weisen einen unterdurchschnittlichen Anteil auf (Zürich, Basel-Land, St. Gallen und Schwyz). Bei der Verteilung der Bundesgelder auf die Kantone könnte im Sinne eines politischen Kompromiss zumindest für eine Übergangsperiode von bspw. 10 Jahren das Prämienniveau in der einzelnen Kantone berücksichtigt werden. Bei der ersten Variante muss ein Sanktionsmechanismus vorgesehen werden, damit die Kantone zur Durchsetzung ihrer Pflicht angehalten werden können.

Die zweite Variante hat gegenüber der ersten zwei Nachteile: Zum einen wäre in einem solchen System der Bundesbeitrag nicht kontrollierbar. Er würde sich je nach Entwicklung der Kosten und der kantonalen Systeme nach oben entwickeln. Zum andern ergäbe sich durch diesen Ansatz eine (ausgeprägtere) Quersubventionierung von den billigeren zu den teureren Kantonen.

Der Vollzug der Prämienverbilligung ist heute mit einer Reihe von Problemen verbunden.<sup>xii</sup> Das gute Beispiel einiger Kantone zeigt aber, dass diese Probleme lösbar sind. Administrative Reformen könnten sich insbesondere entlang der skizzierten Linien entwickeln (automatische Benachrichtigung, Berücksichtigung des Vermögens). Die Verwendung des steuerbaren Einkommens führt zu einer Ungleichbehandlung gleicher Fälle, weil kantonal unterschiedliche Steuertarife und Abzüge gelten. Eine Gleichbehandlung könnte dadurch erreicht werden, dass man sich auf die Angaben der direkten Bundessteuer stützt. Dies würde allerdings bedeuten, dass die Kantone diesbezüglich im Vollzug eingeschränkt werden müssten.

#### **Anteil der Steuerfinanzierung**

Wenn die Solidarität zwischen Reich und Arm verstärkt werden soll, dann ist dies nur durch eine Erhöhung des steuerfinanzierten Anteils möglich. Dabei stellen sich zwei Fragen: Welche Steuern werden zur Finanzierung herangezogen? Wie werden diese Steuergelder in die Krankenversicherung eingespiessen? Uns scheinen zwei Wege denkbar: Erstens kann, wie erwähnt, die maximale Prämienbelastung von 8 Prozent schrittweise gesenkt und die Zusatzfinanzierung über die kantonalen Einkommens- und Vermögenssteuern vorgenommen werden (die Finanzierung des Bundes im Rahmen der Vierjehrestranchen bleibt). Diese Massnahme ist sehr zielsicher, weil die Gelder nicht nach dem Giesskannenprinzip verteilt werden. Allerdings muss durch die Verbesserung des Vollzugs garantiert werden, dass in allen Kantonen alle Personen mit Anspruch auf Prämienverbilligung diese auch tatsächlich bekommen.

Zweitens können die Steuermittel direkt an die Krankenkassen umgeleitet werden. Der Verteilschlüssel müsste dabei die unterschiedlichen Risikostrukturen der Versicherer berücksichtigen. Die dazu notwendigen Steuergelder könnten grundsätzlich aus verschiedenen Quellen stammen: Mehrwertsteuer, direkte Bundessteuer oder kantonale Einkommens- und Vermögenssteuern. Um die Finanzierungsstrukturen transparent und einfach zu machen, könnte ein Fonds, in welchen auch die heutigen Leistungen der Kantone und Gemeinden zur Subventionierung der stationären Aufenthalte einfließen würden, eingerichtet werden. Es ergäbe sich durch die Fondslösung ein monistisches Finanzierungssystem: Die Kassen kämen für die Bezahlung aller Leistungen alleine auf. Das Prämienniveau würde in dem Mass sinken, in dem zusätzlich zu heute Steuergelder zur Finanzierung des Gesundheitswesens eingesetzt würden. Gleichzeitig gäbe es im Vergleich zu heute eine wirksamere Prämienverbilligung.

Im Sinne einer Einschätzung des politisch Machbaren gehen wir davon aus, dass eine Fondslösung, wenn überhaupt, höchstens mittel- bis langfristig realisierbar ist.

##### Spitalfinanzierung

Im Bereich der Spitalfinanzierung stellt der bundesrätliche Vorschlag einen Schritt in die richtige Richtung dar. Er sieht im wesentlichen folgende Elemente vor: (a) Der Kanton übernimmt im Gegensatz zu heute 50 Prozent der gesamten Spitalkosten aller Patient/innen in den öffentlichen Spitälern des Wohnkantons, die auf der Spitalliste aufgeführt sind, unabhängig von ihrer Liegeklasse und Versicherungskategorie. Die Unterscheidung zwischen Investitions- und Betriebskosten entfällt, d.h. die Investitionskosten sollen nach dem gleichen Aufteilungsschlüssel auf Versicherer und Kantone verteilt werden. (b) Es sollen nicht mehr die entstandenen Kosten rückvergütet, sondern im voraus festgelegte Preise für Leistungen bezahlt werden. Damit werden die Anreize für wirtschaftliches Handeln verstärkt. (c) Neu soll auch der teilstationäre Bereich in die Planung einbezogen und von den Kantonen mitfinanziert werden.

Wir empfehlen – vor dem Hintergrund, dass die Kassen das «Stillhalteabkommen» sehr wahrscheinlich auf Ende 2000 kündigen werden –, die vorgeschlagenen Schritte mit gewissen Modifikationen zu vollziehen. Problematisch ist insbesondere die Ausdehnung der Spitalliste auf teilstationäre Einrichtungen. In der kurzen, bis Ende 2000 verbleibenden Zeit dürfte kaum ein neues, politisch breit abgestütztes Modell entwickelt werden können. Aus ökonomischer Sicht wäre eine weitergehende Reform wünschbar und in der langen Frist auch anzustreben. Aufgrund der Vernehmlassungsergebnisse zum bundesrätlichen Vorschlag scheint aber ein solcher Schritt kurzfristig politisch nicht realisierbar (BSV 1999a).

##### Risikoausgleich

Der Risikoausgleich funktioniert heute unzureichend, weil er erstens nur Alter und Geschlecht als Risikofaktoren berücksichtigt und weil er zweitens in der Vergangenheit entstandene Kosten retrospektiv ausgleicht. Der Risikoausgleich ist in beiden Punkten anzupassen. Zum einen sind weitere Faktoren, welche das Morbiditätsrisiko besser abbilden, in die Ausgleichsformel zu integrieren. Beispielsweise kann berücksichtigt werden, ob die Versicherten im Vorjahr einen stationären Aufenthalt hatten. Weitere Vorschläge macht Spycher (2000). Entsprechende Schätzungen zeigen, dass in einem substantiell besseren Risikoausgleich nur ca. 20 Prozent mehr umverteilt werden müsste als heute. Zum andern muss mit einer prospektiven Ausgestaltung des Ausgleichs dafür gesorgt werden, dass aus dem Risikoausgleich nicht ein Kostenausgleich wird, welcher die Kostensparanreize unzulässig einschränkt. Dies kann durch die Festlegung der Beiträge und Abgaben vor dem Geschäftsjahr erreicht werden. Dabei können sich die Ansätze statt am Durchschnitt auch nur an den effizientesten Kassen orientieren. Dadurch werden die Anreize im Sinne eines Benchmarking gestärkt.

##### Weitere wichtige Reformschritte ausserhalb der Finanzierungsfrage

Neben der Veränderung der Finanzierungsregeln scheinen uns weitere Reformen kurz- und mittelfristig wichtig, um den Zielerreichungsgrad des KVG zu erhöhen. Dazu gehört die **Aufhebung des Kontrahierungszwanges** mit allen Leistungserbringern. Die Kassen sind heute gezwungen, mit allen Leistungserbringern Verträge abzuschliessen. Vor dem Hintergrund, dass die Mengenentwicklung die Entwicklung der Kosten wesentlich bestimmt, ist ein solcher Automatismus unerwünscht. Eine höhere Dichte von Leistungserbringern bringt heute relativ zuverlässig ein höheres Kostenniveau. Den Kassen muss daher die Möglichkeit gegeben werden, nur mit denjenigen Leistungserbringern einen Vertrag abzuschliessen, welche bestimmten Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskriterien, die sie selber festlegen, entsprechen.

In der Praxis ist die konkrete Ausgestaltung der Aufhebung des Kontrahierungszwangs mit einigen Schwierigkeiten verbunden, die sich aber lösen lassen.

### 4.1.2 Auswirkungen der Reformvorschläge in der kurzen und mittleren Frist

Die Auswirkungen der Reformvorschläge in der kurzen und mittleren Frist sollen hinsichtlich der vorgegebenen Ziele beurteilt werden:

- **Solidarität Gesund-Krank:** Die Solidarität zwischen Gesund und Krank wird erhöht, weil der Risikoausgleich wirksamer wird. Ein besserer Risikoausgleich führt dazu, dass diejenigen Kassen, welche überdurchschnittlich viele teure Versicherte haben, mehr Geld bekommen. Da gleichzeitig schlechte Risiken viel weniger häufig den Versicherer wechseln, kommt ein besserer Ausgleich direkt auch ihnen zu Gute.
- **Solidarität Reich-Arm:** Die Solidarität zwischen Reich und Arm wird erhöht, weil (a) die steuerfinanzierten Prämienverbilligungsbeiträge zur Garantierung der 8-Prozent-Belastungsgrenze ansteigen und (b) die Senkung der Belastungsgrenze weitere Steuermittel brauchen wird.<sup>xiii</sup>
- **Kostendämpfung, Effizienz, Wettbewerb, keine falschen Anreize:** Der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern bzw. zwischen den Spitälern wird durch die Änderung des Risikoausgleichs bzw. der Spitalfinanzierung intensiviert. Dies gibt zu berechtigten Hoffnungen Anlass, dass in der Folge auch die Kosten gedämpft werden. Besonders wirksam in dieser Hinsicht dürfte im weiteren die Aufhebung des Kontrahierungszwanges sein. Unmittelbar kostendämpfend wirkt sich die Gleichbehandlung von stationären und teilstationären Aufenthalten aus. Es ist zu erwarten, dass stationäre Aufenthalte vermehrt durch teilstationäre ersetzt werden. Weiter gehen wir davon aus, dass mit der Verbesserung der Prämienverbilligung keine wesentlichen Anreizschwierigkeiten verbunden sind.
- **Übereinstimmung von Entscheidungskompetenzen und Finanzierungsverantwortung:** unverändert.
- **Akzeptanz:** Die Vernehmlassung zur Spitalfinanzierung hat gezeigt, dass die Akzeptanz der bundesrätlichen Lösung vor allem bei den Kantonen nicht vorhanden ist. Allerdings ist dieser Punkt nicht überzubewerten: Verlängern nämlich die Kassen Ende 2000 das Stillhalteabkommen nicht und provozieren ein EVG-Urteil, dann bleibt den Kantonen sehr wahrscheinlich nichts anderes übrig, als auch für die innerkantonalen Hospitalisierungen der Halbprivat- und Privatversicherten den Grundversicherungsanteil zu übernehmen.

Einer Veränderung des Risikoausgleichs werden sich mit Sicherheit alle Zahlerkassen entgegenstellen. Eine umsichtige Kommunikationsstrategie ist hier unabdingbar für einen Erfolg.

Auch bei den vorgeschlagenen Änderungen der Prämienverbilligungsbeiträge dürfte die Opposition nicht gering sein. Gegen einen stärkeren Beizug der Kantone werden sich diese selbst stellen, gegen eine stärkere Einbindung des Bundes sprechen die Bemühungen rund um die Sanierung der Bundesfinanzen. Abgesehen von den Erwägungen über die politische Realisierbarkeit gilt es festzuhalten, dass die Vorschläge das heutige System weder komplizierter noch weniger transparent machen.

Trotz den substantiellen Verbesserungen, welche die Umsetzung unserer Vorschläge kurz- und mittelfristig bringen würden, verbleiben dennoch einige **Nachteile:**

- **Solidarität Arm-Reich:** Obschon unsere Vorschläge Verbesserungen bringen, bleibt das Hauptgewicht auf der Finanzierung über die Kopfprämien. Die Finanzierung bleibt also regressiv. Eine weniger regressiv finanziert kann nur durch eine Erhöhung des Anteils der Steuerfinanzierung erreicht werden.
- **Spitalfinanzierung:** Der bundesrätliche Vorschlag weist trotz vielen Vorteilen dennoch einige gewichtige Nachteile auf, welche in der langen Frist anzugehen sind: (a) Die (teil-) stationären Leistungen werden nach wie vor subventioniert. Dadurch ergeben sich falsche Anreize für die Ärzt/innen bei der Entscheidung zwischen (teil-) stationären Leistungen einerseits und ambulanten Leistungen andererseits. (b) Alternative Versicherungsformen können ihre Kosteneinsparungspotentiale nur bedingt realisieren. (c) Interessenkonflikte ergeben sich für die Kantone weiterhin aus ihrer Doppelfunktion als Betreiber und Mitfinanzierer der öffentlichen Spitäler. (d) Im Entwurf ist keine explizite Abkehr von der Defizitdeckung vorgesehen. Bei

einer allfälligen Beibehaltung der Defizitdeckung sinkt die Wirkung von Kostensparanreizen, welche von neuen Abgeltungsformen ausgehen.

### 4.2 Langfristige Reformvorschläge

In der langen Frist können diejenigen Nachteile, die aufgrund der kurz- und mittelfristigen Vorschläge noch bestehen, ebenfalls angegangen werden. Wir möchten an dieser Stelle auf zwei Dinge hinweisen:

■ Die Einteilung in kurz-/mittelfristig und langfristig realisierbare Vorschläge ist aufgrund einer Beurteilung der politischen Realisierbarkeit zustande gekommen. Sollte der politische Spielraum auch kurz- und mittelfristig grösser sein als wir dies annehmen, so können die nachfolgend genannten Schritte selbstverständlich auch bereits im ersten Anlauf realisiert werden.

■ Trotz der Einführung verschiedener Wettbewerbselemente, kommen dem Bund bzw. den Kantonen auch im Rahmen unserer langfristigen Vorschläge wichtige Aufgaben zu. Dazu gehören bspw. die Finanzierung der Forschung und Lehre, die Finanzierung (nicht aber die Bereitstellung) von Notfalldiensten oder auch die Finanzierung der stationären Versorgungssicherheit.

#### Monistisches Finanzierungssystem

Ein monistisches Finanzierungssystem hat den Vorteil, dass Entscheidungskompetenz und finanzielle Verantwortung übereinstimmen. Bereits im vorangegangenen Abschnitt 4.1. wurde die Idee eines Fonds eingeführt. Der Fonds kann wie folgt gespiesen werden: (a) Alle kantonalen Subventionsbeiträge, welche zur Finanzierung der stationären und teilstationären Aufenthalte fliessen, könnten neu in den Fonds eingehen. (b) Der Fonds könnte mit zusätzlichen Steuermitteln ergänzt werden. (c) Denkbar wäre auch die Überführung der Prämienverbilligungsbeiträge in den Fonds. Die Auszahlungen des Fonds hätten prospektiv und wettbewerbsneutral zu erfolgen und somit nur die Risikostrukturen der Kassen zu berücksichtigen.

Die Wahl des Anteils, welcher über Steuern aufgebracht wird, ist ein politischer Entscheid. Auswirkungen hat die Wahl erstens auf die Akteure im Gesundheitswesen: Je mehr über Kopfprämien bzw. über Kostenbeteiligungen finanziert wird, desto stärker werden durch die Versicherten Kostenüberlegungen in die individuellen Entscheidungen mit einbezogen. Die Wahl beeinflusst aber zweitens auch die Steuerzahler/innen: Je höher die Steuerabgaben, desto grösser die Gefahr, dass sich negative Arbeitsangebotsauswirkungen ergeben. Wird der Steueranteil erhöht, dann sollte dies derart erfolgen, dass die genannte Gefahr minimiert wird. Berücksichtigen wir nur die existierenden Steuern, so dürfte dies bei einer Finanzierung über die Mehrwertsteuer am besten gelöst sein.

#### Spitalfinanzierung

Bei der Spitalfinanzierung wären mehrere Schritte wünschenswert: (1) Gleichbehandlung aller stationären, teilstationären und ambulanten Leistungen. (2) Rechtliche Verselbständigung der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler bspw. in Form von Aktiengesellschaften. Die öffentliche Hand könnte nach wie vor die Mehrheit an einer Aktiengesellschaft halten. (3) Gleichbehandlung aller Spitäler bei den Investitionskosten. Das Kapital für die Investitionen wäre am Kapitalmarkt aufzunehmen. Denkbar wäre auch die Einrichtung spezieller Investitionspools bei den Kantonen (vgl. Leu et al. 1999). (4) Aufhebung der Spitalliste.

#### Prüfung der Einführung eines Hochrisikopools

Geprüft werden könnte die Einführung eines Hochrisikopools. In einem Hochrisikopool werden Versicherte aufgenommen, deren Therapie besonders hohe Kosten verursacht. Dabei sind verschiedene Varianten denkbar, die jeweils unterschiedliche Konsequenzen haben: (1) Es könnten in einen Hochrisikopool Perso-

nen mit bestimmten Diagnosen aufgenommen werden. Zu denken ist bspw. an Bluter/innen, Dialyse-Patient/innen, Transplantationen etc. Charakteristisch für die aufzunehmenden Diagnosen ist der Umstand, dass sie mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit sehr hohe Kosten verursachen. (2) Bei Versicherten, deren Therapie im Laufe eines Jahres eine bestimmte Kostengrenze überschreitet, könnten die den Grenzwert überschreitenden Kosten in einen Hochrisikopool abgegeben werden (man spricht auch von Stop-Loss-Rückversicherungen)<sup>xiv</sup>. (3) Die Kassen bezeichnen vor dem Geschäftsjahr 2 Prozent ihrer Versicherten, die sie in den Pool abgeben möchten.<sup>xv</sup>

Die Finanzierung des Hochrisikopools kann auf zwei Arten erfolgen: Entweder steuer- oder kassenfinanziert. Für eine Steuerfinanzierung spricht der Umstand, dass damit der Steueranteil erhöht und in der Folge die Solidarität zwischen Reich und Arm verstärkt werden kann. Eine Kassenfinanzierung würde einen zweiten, ergänzenden Risikoausgleich einführen. Diejenigen Kassen, welche prozentual mehr Versicherte in den Pool abgeben können als ihr Anteil an den Versicherten insgesamt beträgt, würden von einer Poollösung profitieren (bei einer Finanzierung über Kopfabgaben aller Versicherten). Würde man sich für eine Steuerfinanzierung entscheiden, so könnte die Finanzierung des Hochrisikopools ebenfalls über den Fonds erfolgen.

Folgende Aspekte sind bei der konkreten Ausgestaltung des Hochrisikopools zu berücksichtigen: (a) Die Kostensparanreize sollen erhalten bleiben. Wenn die Versicherer Personen oder ihre Kosten an einen Pool abgeben können, so sinkt ihr Anreiz, die Kosten zu kontrollieren. Zwei Massnahmen können dies verhindern: Zum einen könnte man es so einrichten, dass die Kassen nicht alle Kosten abgeben können, sondern bspw. durch eine 20 prozentige Kostenbeteiligung weiterhin partizipieren. Folge der Kostenbeteiligung ist allerdings eine reduzierte Wirksamkeit des Hochrisikopools. Zum andern könnte eine aktiv handelnde Poolverwaltung eingeführt werden, welche die Kostenkontrolle stellvertretend für die Kassen durchführt. Wie die Anreize für die Poolverwaltung gesetzt werden könnten, ist noch eine offene Frage. Im politischen Prozess würde gegen eine solche Lösung vorgebracht, dass es sich dabei um einen ersten Schritt in Richtung Einheitskasse handelt. (b) Wahrung des Datenschutzes. Der Pool sollte so ausgestaltet werden, dass die Versicherten und vor allem deren Umfeld keine Kenntnis von der Poolmitgliedschaft haben. Kann diese Bedingung nicht erfüllt werden, so besteht die Gefahr, dass die Poolversicherten diskriminiert werden (bspw. vor allem dann, wenn der Pool durch Personen mit bestimmten Diagnosen gebildet wird). Die Gefahr scheint dann am geringsten, wenn alle Personen nach wie vor bei den Kassen versichert sind und der Pool als Finanzierungsinstrument zwischen den Kassen wirkt.

### 4.3 Elemente für einen allfälligen Gegenvorschlag zur SP-Initiative

Der Bundesrat hat beschlossen, die SP-Initiative ohne Gegenvorschlag abzulehnen. Noch ist unklar, ob sich das Parlament dieser Haltung anschliesst. Sollte man auf den Entscheid zurückkommen, so stellt sich die Frage, welche Elemente sich aus dem bisher gesagten für einen (direkten oder indirekten) Gegenvorschlag verwenden liessen.

Die Volksinitiative der SP sieht im wesentlichen folgende Änderung der Finanzierung der OKP vor: (Mindestens) die Hälfte der Kosten werden über einkommens- und vermögensabhängige Kopfprämien finanziert und (maximal) die Hälfte über zusätzliche Mehrwertsteuerprocente.<sup>xvi</sup> Die Prämienverbilligungsbeiträge würden ebenso wie die Kostenbeteiligung der Versicherten aufgehoben. Die Umsetzung der Initiative würde die Finanzierungslasten im Vergleich zu heute wesentlich stärker nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit verteilen.

Wir gehen im Sinne einer Beurteilung der politischen Realisierbarkeit davon aus, dass man sich im Rahmen eines Gegenvorschlags auf die bestehenden Elemente der Finanzierung stützen möchte. Gleichzeitig

#### 4 Schwerpunkte einer Finanzierungsreform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

könnten kleine Schritte in die von der SP gewünschte Richtung unternommen werden. Unter diesen Voraussetzungen könnte man unseres Erachtens zwei der bereits ausführlich dargelegten Veränderungen vorsehen:

- Bei den Prämienverbilligungsbeiträgen könnte ein fixer Zielwert verankert werden. In einem ersten Schritt könnte er auf den vom Bundesrat vorgesehenen 8 Prozent verankert werden.
- Mittelfristig könnte die maximal zulässige Belastung durch die Kopfprämie schrittweise von 8 Prozent zum Beispiel auf 6 Prozent gesenkt werden.
- Um die bestehenden Vollzugsprobleme zu entschärfen, könnte die Ausgestaltung der Prämienverbilligung dahingehend geändert werden, dass (a) die potentiellen Empfänger/innen automatisch benachrichtigt würden und dass (b) neben dem Einkommen auch das Vermögen berücksichtigt würde.

Sollte der politische Wille weiter reichen, dann könnte auch die Fondslösung und/oder die Bildung eines Hochrisikopools an die Hand genommen werden.

## Literatur

- Balthasar Andreas (1998): Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen. Evaluationsergebnisse und Monitoringkonzept, BSV Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 21/98.
- BFS Bundesamt für Statistik (1999): Kosten des Gesundheitswesens. Neuenburg.
- BSV Bundesamt für Sozialversicherung (1998): Statistik der Krankenversicherung 1997.
- BSV Bundesamt für Sozialversicherung (1999a): KVG-Teilrevision im Bereich der Spitalfinanzierung: Ergebnisse der Vernehmlassung und weiteres Vorgehen, Medienmitteilung, Bern: 14.6.1999.
- BSV Bundesamt für Sozialversicherung (1999b): Statistik über die Krankenversicherung 1998.
- Bundesrat (1991): Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991.
- Greppi Spartaco, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (1998): Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens, Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG, BSV Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 15/98.
- Leu Robert E. und Michael Gerfin (1993): Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Switzerland, in: Van Doorslaer E. and F. Rutten (eds.): Equity in the Finance and Delivery of Health Care. An International Perspective, Oxford, 219-235.
- Leu Robert E., Christoph Eisenring, Sandra Nocera, Martin Schellhorn (1999): Spitalfinanzierung im Umbruch – Probleme und Lösungsmöglichkeiten, Basel: Interpharma.
- Leu Robert E., Stefan Burri, Tom Priester (1997): Lebensqualität und Armut in der Schweiz. Paul Haupt Verlag, Bern.
- Oggier Willy (1999): Spitalfinanzierungsmodelle für die Schweiz, Trends und Empfehlungen aus Sicht der Gesundheitsökonomie, Bern: Haupt.
- Rossel Raymond (2000): Aktualisierung der Studie «Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens» von Greppi et al. (1998). Provisorische Ergebnisse.
- Spycher Stefan (1999): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 1/1999, EDMZ, Bern (Bestellnummer: 318.010.1/99 d).
- Spycher Stefan (2000): Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 3/00, EDMZ, Bern (Bestellnummer: 318.010.3/00 d).
- Van Doorslaer E., A. Wagstaff, R. E. Leu, M. Gerfin, M. Schellhorn et al. (1999): Equity in the Finance of Health Care: Some International Comparisons, Equity Project Working Paper Nr. 10.
- Wagstaff A., E. van Doorslaer, M. Gerfin, R. E. Leu et al. (1992): Equity in the Finance of Health Care: Some International Comparisons, *Journal of Health Economics*, vol. 11, 361-387.
- Wagstaff A., E. van Doorslaer, R. E. Leu, M. Gerfin, M. Schellhorn et al. (1999a): Equity in the Finance of Health Care: Some International Comparisons, *Journal of Health Economics*, vol. 18, 263-290.
- Wagstaff A., E. van Doorslaer, R. E. Leu, M. Gerfin, M. Schellhorn et al. (1999b): The Redistributive Effect of Health Care Finance in Twelve OECD Countries, *Journal of Health Economics*, vol. 18, 291-313.



## Anhang: Tabellen und Abbildungen

### Die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Tabelle 1: Die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zwischen 1992 und 1998 – in Millionen Franken

	1992 (A)	1994 (B)	1996 (B)	1998 (C)
<b>Privathaushalte Netto (abzüglich Prämienverbilligungsbeiträge)</b>	<b>8936</b>	<b>9829</b>	<b>11165</b>	<b>12211</b>
Kopfprämien der Versicherten Brutto	8082	8986	11035	12604
Prämienverbilligungsbeiträge an die Versicherten	331	416	1549	2491
Kopfprämien der Versicherten Netto	7751	8570	9486	10113
Kostenbeteiligungen der Versicherten	1185	1259	1679	2097
<b>Öffentliche Haushalte</b>	<b>7837</b>	<b>7172</b>	<b>7079</b>	<b>7388</b>
Subventionierung der Kassen und Versicherten	1994	1595	1549	2491
Subventionierung von stationären Leistungen	5043	4784	4785	4897
Bereitstellung von stationären Infrastrukturen (D)	800	793	745	k.D.
<b>Weitere Erträge</b>	<b>322</b>	<b>189</b>	<b>261</b>	<b>331</b>
Kapitalerträge und ausserordentliche Erträge	322	189	261	331
<b>Total</b>	<b>17095</b>	<b>17190</b>	<b>18505</b>	<b>19929</b>

k.D Keine Daten verfügbar

Quelle: BSV Krankenversicherungsstatistik (verschiedene Jahrgänge), Greppi et al. (1998), Rossel (2000), BFS (1999).

(A) Die Krankenversicherungsstatistik vor und nach 1994 ist nicht direkt miteinander vergleichbar, weil die Daten seit 1994 nach einem neuen Kontenplan erhoben werden. Für 1992 wurden folgende Einnahmen berücksichtigt:

- Kopfprämien: Beiträge aus der Grundversicherung (inkl. obligatorisches Spitalgeld) und der HMO-Grundversicherung
- Subventionierung der Kassen und Versicherten: Beiträge von Bund, Kantonen und Gemeinden
- Subventionierung von stationären Leistungen: Angaben nach Greppi et al. (1998)
- Weitere Erträge: 1992 wurden die weiteren Erträge (Rückerstattete Leistungen, Zinsen, Liegenschaften, Aufwertungen Wertschriften, Schenkungen, Sonstiger Ertrag) nicht nach Grund- und Zusatzversicherungen unterschieden. Das entsprechende Verhältnis von 1994 wurde auf 1992 angewandt, um den gesamten ausserordentlichen Ertrag hinunterzuberechnen.

(B) Die Angaben für 1994 und 1996 stützen sich auf Greppi et al. (1998). Die Prämienverbilligungsbeiträge stammen aus BSV (1998)

(C) Die Angaben stützen sich auf die durch Rossel (2000) aktualisierten Daten von Greppi et al. (1998). Die neuesten Angaben zur Prämienverbilligung stammt aus dem noch unveröffentlichten Bericht über die Statistik der Krankenversicherung 1998 (BSV)

(D) Quelle: BFS (1999), Anhang 1, Angaben für Spitäler und psychiatrische Kliniken. Die Angaben für 1998 sind noch nicht erhältlich.

## Unterschiede zwischen den Kosten der Kantone

Tabelle 2: Durchschnittskosten, Ausschöpfungsgrad der Prämienverbilligung und Erfüllung des 8-Prozent-Kriteriums nach Kantonen (sortiert nach den Durchschnittskosten) - 1996

	Durchschnittskosten (ohne Kobe*) pro Jahr und Versicherten	Ausschöpfungsgrad Prämienverbilligung	Prämienverbilligung in Prozent der Nettokosten	Erfüllung des 8- Prozent-Kriteriums
GE	2224	100%	15.2%	NEIN
BS	2138	100%	16.2%	NEIN
TI	1908	100%	18.4%	NEIN
VD	1898	100%	15.8%	NEIN
NE	1813	100%	17.1%	JA
JU	1686	100%	16.2%	JA
BL	1580	57%	5.4%	NEIN
ZH	1551	50%	8.2%	NEIN
SO	1432	50%	6.6%	JA
BE	1422	90%	17.8%	JA
FR	1416	100%	13.3%	JA
SH	1364	50%	11.2%	JA
VS	1301	100%	26.0%	JA
AG	1238	50%	2.2%	JA
GL	1230	50%	3.9%	JA
TG	1212	100%	26.1%	JA
SZ	1184	50%	15.4%	NEIN
ZG	1147	50%	11.2%	JA
UR	1144	100%	27.7%	JA
SG	1143	50%	11.4%	NEIN
OW	1137	50%	10.2%	JA
LU	1133	50%	7.7%	JA
GR	1100	50%	15.3%	JA
AR	1097	65%	11.4%	JA
NW	1094	50%	17.2%	JA
AI	938	100%	26.6%	JA
Schweiz	1503	73.6%	13.2%	

\* Kobe: Kostenbeteiligung

Quelle: Gemeinsame Einrichtung KVG, Balthasar (1998)

Tabelle 3: Durchschnittskosten, Ausschöpfungsgrad der Prämienverbilligung 1998 und Erfüllung des 8-Prozent-Kriteriums nach Kantonen 1996 (sortiert nach den Durchschnittskosten)

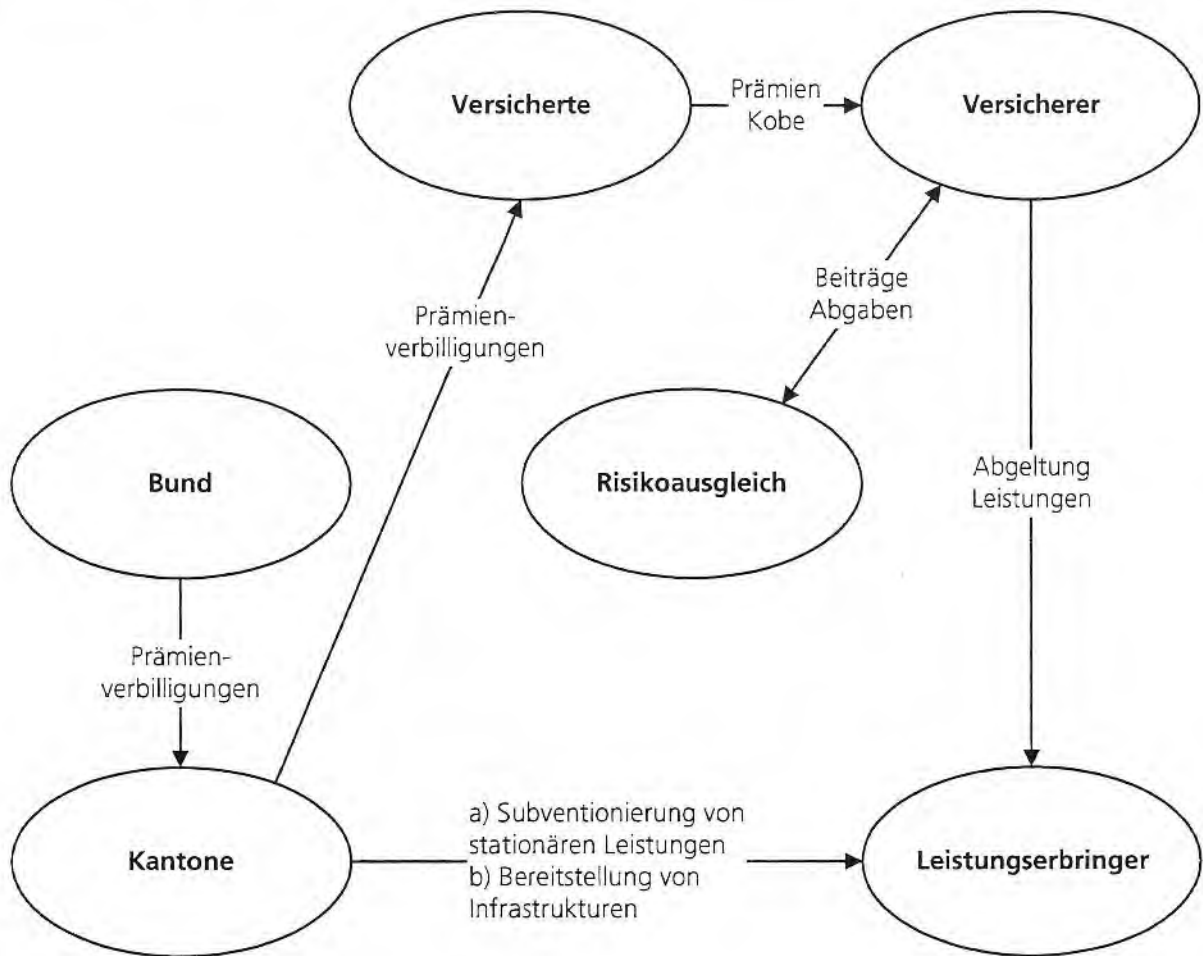
	Durchschnittskosten (ohne Kobe*) pro Jahr und Versicherten	Ausschöpfungsgrad Prämienverbilligung	Prämienverbilligung in Prozent der Nettokosten	Erfüllung des 8- Prozent-Kriteriums 1996
GE	2544	100%	21.0%	NEIN
BS	2421	100%	26.0%	NEIN
NE	2037	100%	22.3%	JA
VD	2030	100%	24.8%	NEIN
TI	1988	100%	24.8%	NEIN
JU	1893	100%	22.1%	JA
ZH	1728	50%	14.5%	NEIN
BL	1675	65%	12.5%	NEIN
FR	1596	100%	22.2%	JA
BE	1562	100%	33.5%	JA
SO	1529	50%	16.3%	JA
SH	1503	65%	20.9%	JA
TG	1440	100%	22.9%	JA
AG	1396	50%	8.3%	JA
VS	1388	100%	29.0%	JA
GL	1314	75%	22.5%	JA
SG	1263	50%	16.9%	NEIN
GR	1258	65%	19.8%	JA
ZG	1256	50%	16.0%	JA
LU	1256	50%	18.2%	JA
SZ	1230	50%	14.3%	NEIN
OW	1221	50%	15.2%	JA
UR	1202	75%	28.2%	JA
AR	1173	55%	25.4%	JA
NW	1114	61%	14.6%	JA
AI	1000	80%	24.2%	JA
Schweiz	1654	76.1%	20.9%	

\* Kostenbeteiligung

Quelle: BSV (1999b), Balthasar (1998)

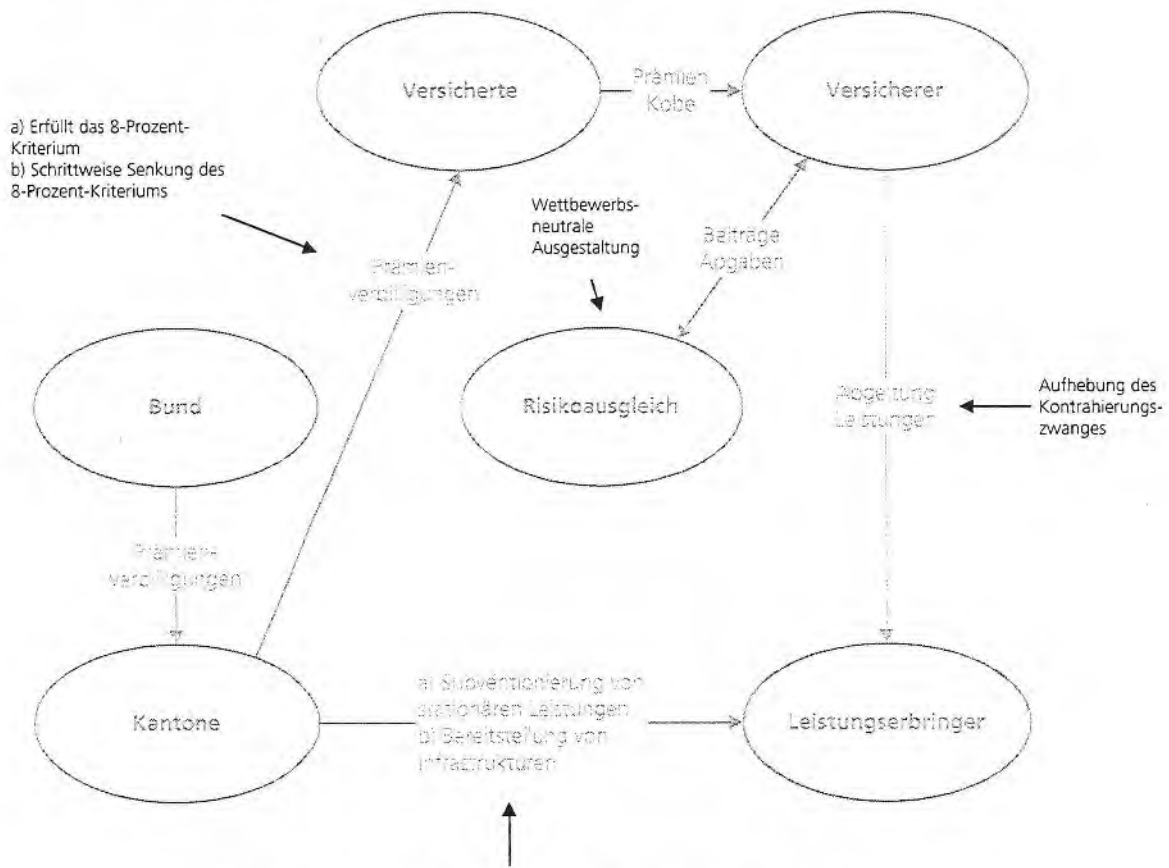
## Reformen der OKP-Finanzierung

Abbildung 2: Die heutige Finanzierung



Eingezeichnet sind nur die wichtigsten Finanzierungsströme. Nicht dargestellt sind: Die Kapitalerträge der Versicherer, die Direktzahlungen der Versicherten an die Versicherer, die Zahlungen der Prämienverbilligung in gewissen Kantonen an die Versicherer (und von den Versicherern an die Versicherten).

Abbildung 3: Die Finanzierung in der kurzen und mittleren Frist



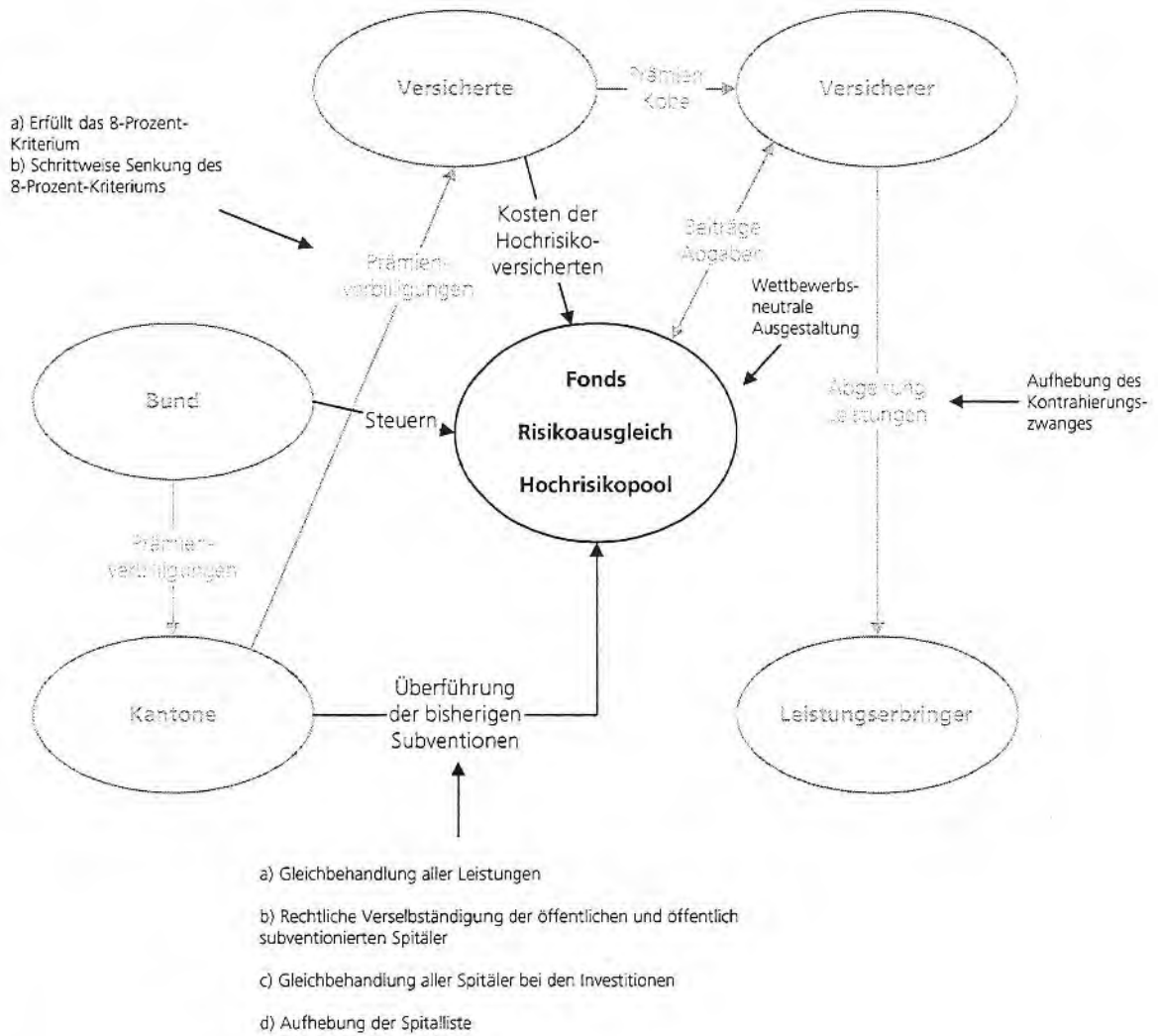
a) Kanton übernimmt 50 Prozent der gesamten Spitalkosten aller Patient/innen in den öff. Spitälern, die auf der Spitalliste sind, unabhängig von ihrer Liegeklasse und Versicherungskategorie

b) Die Leistungen und nicht der Betrieb werden finanziert

c) Die teilstationären Leistungen werden auch mitfinanziert (und geplant)

Eingezeichnet sind nur die wichtigsten Finanzierungsströme. Nicht dargestellt sind: Die Kapitalerträge der Versicherer, die Direktzahlungen der Versicherten an die Versicherer, die Zahlungen der Prämienverbilligung in gewissen Kantonen an die Versicherer (und von den Versicherern an die Versicherten).

Abbildung 4: Die Finanzierung in der langen Frist



Eingezeichnet sind nur die wichtigsten Finanzierungsströme. Nicht dargestellt sind: Die Kapitalerträge der Versicherer, die Direktzahlungen der Versicherten an die Versicherer, die Zahlungen der Prämienverbilligung in gewissen Kantonen an die Versicherer (und von den Versicherern an die Versicherten).

## Fussnoten

---

<sup>i</sup> Unterschieden wird zwischen der Allokations- und der Produktionseffizienz. Erstere betrifft die Allokation (Aufteilung) der verfügbaren, knappen Ressourcen. Eine Allokation ist dann effizient, wenn durch ihre Veränderung niemand besser gestellt werden kann, ohne ein anderes Wirtschaftssubjekt schlechter zu stellen. Bezogen auf das Gesundheitswesen lautet die entscheidende Frage: Ist der für Gesundheitsleistungen ausgegebene Anteil der verfügbaren Mittel im Vergleich zu anderen Verwendungszwecken zu hoch, zu niedrig oder gerade richtig? Im weiteren umfasst die Allokationseffizienz auch die Frage nach der optimalen Aufteilung der im Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Mittel zwischen und innerhalb der einzelnen Gesundheitsbereiche. Die Produktionseffizienz ist auf der Mikroebene das Mass für die Wirtschaftlichkeit des Mitteleinsatzes. Dieser ist dann effizient, wenn die betreffende Leistung oder das betreffende Leistungsbündel mit dem kleinstmöglichen Einsatz knapper Produktionsfaktoren erstellt wird.

<sup>ii</sup> Keinen Beitrag an die Spalkosten entrichten (a) Versicherte, welche mit einer oder mehreren Personen, mit denen sie in einer familienrechtlichen Beziehung stehen, in einem gemeinsamen Haushalt leben und (b) Frauen für Leistungen bei Mutterschaft.

<sup>iii</sup> Für die halbprivat- und privatversicherten Personen, welche innerhalb des Kantons einen stationären Aufenthalt haben, entfällt bis Ende 2000 aufgrund eines «Stillhalteabkommens» zwischen Kassen und Kantonen der Subventionsbetrag des Kantons.

<sup>iv</sup> Die Zahlen beruhen zudem erst auf provisorischen Schätzungen von Rossel (2000).

<sup>v</sup> Das Kriterium von 8 Prozent wurde vom Bundesrat nicht explizit und politisch hergeleitet. In der Botschaft versuchte er vielmehr eine Belastungsgrenze zu berechnen, ab welcher die Kantone nach Annahme des Gesetzes aller Voraussicht nach Beiträge sprechen würden. Dies war notwendig, um in der Botschaft die Auswirkungen der Prämienverbilligung zu zeigen. Die 8 Prozent ergaben sich aufgrund einer Schätzung der zur Verfügung stehenden Mittel und der Prämienentwicklung.

<sup>vi</sup> Balthasar (1998) betrachtet drei verschiedene Fallbeispiele. Dadurch ist es möglich, dass in einem bestimmten Kanton im einen Fallbeispiel die Grenze überschritten, im anderen unterschritten wird. Darauf hin wird für jeden Kanton ein Index berechnet, in dem jedes Fallbeispiel mit dem Gewicht von 33,3 Prozent eingeht. Methodisch ist dieses Vorgehen, welches sich nicht auf empirische Verhältnisse stützt, sehr fragwürdig. Bei der Interpretation sollte man sich daher eher an die drei einzelnen Fallbeispiele halten. Betrachtet man nur den Fall einer Mittelstandsfamilie mit zwei Kindern, so überschreiten 12 von 26 Kantonen den Grenzwert von 8 Prozent: Zürich, Schwyz, Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Tessin, Waadt, Genf, Obwalden, Glarus, Aargau, Neuenburg und Jura.

<sup>vii</sup> Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die staatlichen Zahlungen an die öffentlich subventionierten Spitäler teilweise auch der Abgeltung von staatlich geforderten Leistungen entsprechen (bspw. im Notfalldienstbereich).

<sup>viii</sup> Dies zeigt sich beispielsweise darin, dass kaum mehr eine Motivation besteht, einen billigeren Krankenversicherer auszuwählen.

<sup>ix</sup> Entsprechend der heutigen Ausgestaltung bezieht sich der Grenzwert auf ein Steuersubjekt. Steuersubjekte können einzelne Erwachsene (und die mit ihnen zusammenlebenden Kinder) bzw. verheiratete Erwachsene (und die mit ihnen zusammenlebenden Kinder) sein.

<sup>x</sup> 1998 betrug die durchschnittliche Ausschöpfungsquote der Bundessubventionen durch die Kantone 76.1 Prozent (BSV 1999b). 1996 lag die Quote bei 73.5 Prozent und 1997 bei 76.8 Prozent (BSV 1998). Die unterschiedlichen kantonalen Lösungen und Ausschöpfungsquoten führen dazu, dass das sozialpolitische Ziel der maximalen Belastung von 8 Prozent des steuerbaren Einkommens nicht überall erreicht wird. In folgenden 8 von 26 Kantonen liegt die Endbelastung für bestimmte Haushalte über der Grenzmarke: Zürich, Schwyz, Basel-Stadt, Basel-Landschaft, St. Gallen, Tessin, Waadt und Genf (Balthasar 1998, 62). Vgl. auch die Bemerkung in Fussnote vi. Für alle diejenigen Haushalte, die ihre vorhandenen Ansprüche auf die Prämienverbilligung bspw. aus Schamgefühlen nicht geltend machen, liegt die Belastung ebenfalls über der vorgegebenen Marke.

<sup>xi</sup> Der durchschnittlich Anteil lag 1998 in der Schweiz bei 20.9 Prozent (vgl. Tabelle 3 in Anhang)

<sup>xii</sup> Der Vollzug der Prämienverbilligung ist heute mit einer Reihe von Problemen verbunden:

(1) In gewissen Kantonen werden nicht alle Ansprüche geltend gemacht.

(2) Der administrative Aufwand für die Abklärungen ist – wie bei jeder einkommens- und vermögensabhängigen Lösung - gross.

(3) Teilweise gibt es grosse Verzögerungen bei der Auszahlung.

(4) 1998 schöpften 16 Kantone die Bundessubventionen nicht voll aus.

(5) Die Grundlage für die Berechnung der Prämienverbilligung bildet das steuerbare Einkommen. Damit sind folgende Schwierigkeiten verbunden: (a) Das steuerbare Einkommen kann aufgrund unterschiedlicher Abzugsmöglichkeiten (bei gleichem Bruttoeinkommen) kantonal sehr unterschiedliche Werte annehmen. (b) Das Vermögen wird nicht berücksichtigt. Dadurch ist es möglich, dass nichterwerbstätige vermögende Personen in den Genuss einer Verbilligung kommen. (c) Oft sind die Steuerdaten veraltet und entsprechen nicht mehr den aktuellen Verhältnissen.

<sup>xiii</sup> Die Übernahme des Grundversicherungsanteils der halbprivat- und privatversicherten Personen innerhalb der Kantone dürfte demgegenüber in der Tendenz – obschon Zusatzversicherte in allen Einkommensgruppen zu finden sind - zu einer Relativierung führen: Heute durch (mehrheitlich) wohlhabendere Personen finanzierte Kosten werden neu durch die Allgemeinheit (und die Kassen) getragen.

<sup>xiv</sup> Könnten alle Kosten derjenigen Personen, welche in einem bestimmten Jahr mehr als 30'000 Franken pro Jahr kosten, in einen Pool abgegeben werden, so würden insgesamt rund 16 Prozent aller entstehenden Kosten über den Pool abgewickelt. Werden nur diejenigen Kosten, welche 30'000 Franken übersteigen, in den Pool überwiesen, so würde sich das Poolvolumen auf 5.6 Prozent der Kosten belaufen.

<sup>xv</sup> Die 2 Prozent teuersten Versicherten verursachen rund 12 Prozent der insgesamt entstehenden Kosten.

<sup>xvi</sup> Schätzungen der Initiant/innen gehen von 3.5 Mehrwertsteuerprozenten aus.



## *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
<b>Forschungsbericht:</b> Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	EDMZ* 318.010.1/94 d
<b>Rapport de recherche:</b> 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
<b>Rapport de recherche:</b> 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
<b>Forschungsbericht:</b> 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
<b>Forschungsbericht:</b> Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
<b>Forschungsbericht:</b> BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	EDMZ* 318.010.5/94 d
<b>Rapport de recherche:</b> BRAINS: Inventaire du Spitex. N° 5/94	OCFIM* 318.010.5/94 f
<b>Forschungsbericht:</b> 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
<b>Forschungsbericht:</b> BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
<b>Forschungsbericht:</b> IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	EDMZ* 318.010.3/95 d
<b>Rapport de recherche:</b> 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
<b>Forschungsbericht:</b> Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
<b>Rapport de recherche:</b> 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
<b>Forschungsbericht:</b> Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d
<b>Forschungsbericht:</b> Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	EDMZ* 318.010.1/97 d
<b>Forschungsbericht:</b> 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
<b>Forschungsbericht:</b> Heinz Schmid: Prämiengenehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	EDMZ* 318.010.3/97 d
<b>Rapport de recherche:</b> Heinz Schmid: Procédure d'approbation des primes dans l'assurance-maladie. Expertise. N° 3/97	OCFIM* 318.010.3/97 f
<b>Forschungsbericht:</b> Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infrass: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	EDMZ* 318.010.4/97 d
<b>Forschungsbericht:</b> 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
<b>Forschungsbericht:</b> 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
<b>Publikationen zur Untersuchung "Neue Formen der Krankenversicherung"</b>	
<b>Publications relatives à l'étude des nouvelles formes d'assurance-maladie</b>	
<b>Übersicht – Synthèse</b>	
<b>Forschungsbericht:</b> 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
<b>Rapport de recherche:</b> 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
<b>Materialienberichte / Befragungen – Dossiers techniques / Enquêtes</b>	
<b>Forschungsbericht:</b> Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Nr. 2/98	EDMZ* 318.010.2/98 d
<b>Forschungsbericht:</b> 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
<b>Forschungsbericht:</b> Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98	EDMZ* 318.010.4/98 d
<b>Forschungsbericht:</b> 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
<b>Forschungsbericht:</b> 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
<b>Materialienberichte – Dossiers techniques</b>	
<b>Forschungsbericht:</b> 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
<b>Forschungsbericht:</b> 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
<b>Rapport de recherche:</b> 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
<b>Die Fragebogen der Versichertenbefragung (5 Teile) sind erhältlich bei: Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, Hr. Herbert Känzig, 3003 Bern (Tel. 031 / 322 91 48)</b>	

- \* 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
<b>Forschungsbericht:</b> 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
<b>Forschungsbericht:</b> Tobias Bauer (BASS): Auswirkungen von Leistungs- veränderungen bei der Arbeitslosenversicherung. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 11/98	EDMZ* 318.010.11/98 d
<b>Forschungsbericht:</b> Stefan Spycher (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Witwenrente. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 12/98	EDMZ* 318.010.12/98 d
<b>Forschungsbericht:</b> André Müller, Felix Walter, Renger van Nieuwkoop (ECOPLAN); Stefan Felder: Wirtschaftliche Auswirkungen von Refor- men der Sozialversicherungen. DYNASWISS – Dynamisches allge- meines Gleichgewichtsmodell für die Schweiz. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr.13/98	EDMZ* 318.010.13/98 d
<b>Forschungsbericht:</b> S.P. Mauch, R. Iten, S. Banfi, D. Bonato, T. von Stokar (INFRAS); B. Schips, Y. Abrahamsen (KOF/ETH): Wirtschaft- liche 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
<b>Forschungsbericht:</b> 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
<b>Rapport de recherche:</b> 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
<b>Forschungsbericht:</b> 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

- |   |
|---|
| <p>* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern<br/> * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne<br/> * UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna<br/> ** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern<br/> ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne<br/> ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna</p> |
|---|

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
<b>Forschungsbericht:</b> Mikroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. INFRAS. Nr. 19/98 d	EDMZ* 318.010.19/98 d
<b>Rapport de recherche:</b> INFRAS: Effets microéconomiques de la 1 <sup>re</sup> révision de la LPP. Rapport final N° 19/98	OCFIM* 318.010.19/98 f
<b>Forschungsbericht:</b> Makroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. KOF/ETHZ, Zürich. Nr. 20/98 d	EDMZ* 318.010.20/98 d
<b>Rapport de recherche:</b> KOF/ETHZ: Effets macroéconomiques de la 1 <sup>re</sup> révision de la LPP. Rapport final N° 20/98	OCFIM* 318.010.20/98 f
<b>Forschungsbericht:</b> 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
<b>Rapport de recherche:</b> 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
<b>Forschungsbericht:</b> Stefan Spycher (BASS): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Nr. 1/99	EDMZ* 318.010.1/99 d
<b>Forschungsbericht:</b> Kurzfassung von 1/99. Nr. 2/99	EDMZ* 318.010.2/99 d
<b>Rapport de recherche:</b> Condensé du n° 1/99. N° 2/99	OCFIM* 318.010.2/99 f
<b>Rapport de recherche:</b> 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
<b>Forschungsbericht:</b> 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
<b>Forschungsbericht:</b> 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
<b>Forschungsbericht:</b> 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
<b>Forschungsbericht:</b> siehe Nr. 7/99. Band 2 (Länderprofile). Nr. 8/99	EDMZ * 318.010.8/99 d
<b>Forschungsbericht:</b> Bekämpfung sozialer Ausgrenzung. Band 3. Sozialhilfe in Kanada und in der Schweiz. (OECD). Nr. 9/99	EDMZ * 318.010.9/99 d
<b>Forschungsbericht:</b> Karin Faisst, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Qualitätssicherung – Bestandesaufnahme. Nr. 10/99	EDMZ * 318.010.10/99 d
<b>Forschungsbericht:</b> Neue Finanzordnung mit ökologischen Anreizen: Entlastung über Lohn- und MWST-Prozente? Ecoplan. Nr. 1/00	EDMZ * 318.010.1/00 d
<b>Forschungsbericht:</b> Freie Wahl der Pensionskasse: Teilbericht. PRASA. Nr. 2/00	EDMZ * 318.010.2/00 d
<b>Forschungsbericht:</b> 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
<b>Forschungsbericht:</b> Wilhelmine Stürmer, Daniela Wendland, Ulrike Braun, Prognos: Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG. Nr. 4/00	EDMZ * 318.010.4/00 d
<b>Forschungsbericht:</b> 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
<b>Rapport de recherche:</b> 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
<b>Forschungsbericht:</b> 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
<b>Rapport de recherche:</b> Beat Sterchi, Marcel Egger, Véronique Merckx (Ernst & Young Consulting AG, Bern): Faisabilité d'un „chèque-service". N° 8/00	EDMZ* 318.010.8/00 f
<b>Rapport de recherche:</b> 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	EDMZ* 318.010.9/00 f
<b>Forschungsbericht:</b> 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
<b>Forschungsbericht:</b> 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

\* 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