

Projektbericht
Research Report

Dezember 2018

Selbstbehalte in der Sozialversicherung

Einsatz als Steuerungs- und Finanzierungsinstrument

Teilbericht Modul I: Qualitative Analyse

Thomas Czypionka

Michael Berger

Studie im Auftrag

Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

AutorInnen

Thomas Czypionka

Michael Berger

Titel

Selbstbehalte in der Sozialversicherung Einsatz als Steuerungs- und Finanzierungsinstrument

Teilbericht Modul I: Qualitative Analyse

Kontakt

T +43 1 59991-127

E thomas.czypionka@ihs.ac.at

Josefstädter Straße 39, A-1080 Vienna

T +43 1 59991-0

F +43 1 59991-555

www.ihs.ac.at

ZVR: 066207973

Die Publikation wurde sorgfältig erstellt und kontrolliert. Dennoch erfolgen alle Inhalte ohne Gewähr. Jegliche Haftung der Mitwirkenden oder des IHS aus dem Inhalt dieses Werkes ist ausgeschlossen.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| <i>Abstract</i> | 5 |
| <i>Zusammenfassung</i> | 5 |
| 1 Hintergrund | 7 |
| 2 Analytischer Rahmen | 8 |
| 2.1 Begriffsdefinitionen | 9 |
| 2.2 Bewertungskriterien | 12 |
| 2.3 Mikroökonomischer Hintergrund | 14 |
| 2.3.1 Elastizität der Nachfrage | 14 |
| 2.3.2 Effekt des Einkommens auf die Preiselastizität | 18 |
| 2.3.3 Substitutionseffekte | 19 |
| 3 Internationale Evidenz | 21 |
| 3.1 Literaturüberblick | 21 |
| 3.2 Exkurs: Umgang mit fehlenden Einkommensdaten in der statistischen Analyse | 31 |
| 4 Perspektiven für Österreich | 33 |
| 4.1 Selbstbehalte in Österreich | 34 |
| 4.2 Umsetzungsmöglichkeiten in Österreich | 37 |
| 5 Schlussfolgerungen | 39 |
| 6 Verzeichnisse | 41 |
| 6.1 Abbildungsverzeichnis | 41 |
| 6.2 Tabellenverzeichnis | 42 |

Abstract

In many healthcare systems around the globe, cost sharing maintains a key role. It can be used as a tool to influence patients' patterns of healthcare service consumption, or simply as a revenue raising mechanism. From an economic point of view, there are both arguments in favour, but also against applying cost sharing in practice. This project report summarises the major economic arguments and recent empirical evidence. This is used to assess the current state of cost sharing in the Austrian healthcare system and to highlight possibilities for policy action to steer the use of cost sharing towards higher effectivity. We find that the multitude of different cost sharing schemes across social health insurance provides in Austria is problematic in terms of equity in access to care. Improvements can be made along the lines of staggered cost sharing to more effectively protect vulnerable patients, and value-based cost sharing to nudge patients towards evidence-based medical service and thus reduce the gap between necessary and merely desired treatment.

Keywords: Cost-sharing, social insurance, literature overview

Zusammenfassung

In vielen Gesundheitssystemen spielen Selbstbehalte eine wichtige Rolle. So werden sie dazu genutzt die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen der PatientInnen zu steuern, oder einfach als Mechanismus für das Lukrieren zusätzlicher finanzieller Mittel eingesetzt. Aus Sicht der ökonomischen Theorie gibt es sowohl Gründe, die für den Einsatz von Selbstbehalten, aber auch Gründe, die dagegen sprechen. Der vorliegende Projektbericht fasst die wichtigsten theoretischen Argumente und aktuelle empirische Erkenntnisse zusammen. Damit können der aktuelle Einsatz von Selbstbehalten im österreichischen Gesundheitssystem bewertet, und mögliche Perspektiven für Reformen in Richtung höher Effektivität benannt werden. Vor allem der Umstand, dass in Österreich mehrere unterschiedliche Selbsthalteregime über die Sozialversicherungsträger hinweg bestehen, ist aus dem Blickwinkel des gleichen Zugangs zu medizinischen Leistungen kritisch zu sehen. Verbesserungen können durch eine gestaffelte und evidenzbasierte Ausgestaltung von Selbstbehalten erreicht werden. Dadurch können sozial schwächere PatientInnen besser vor negativen Auswirkungen von Selbstbehalten geschützt, und PatientInnen allgemein in Richtung notwendiger (evidenzbasierter) Gesundheitsleistungen gelenkt werden.

Schlagwörter: Selbstbehalte, Sozialversicherung, Literaturüberblick

1 Hintergrund

Selbstbehalte für PatientInnen bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sind in vielen Gesundheitssystemen – darunter auch jenes von Österreich – seit Langem Realität. Auch die medizinische und die ökonomische Fachwelt setzen sich mit entsprechenden Fragestellungen bereits seit den 1970er Jahren auseinander. Das spiegelt sich auch in der internationalen gesundheitsökonomischen Literatur wider, die dieses Thema sehr tiefgehend behandelt (Kiil und Houlberg 2014). Von einem Konsens ist man dennoch weit entfernt. Nach wie vor bestehen hitzige sozialpolitische Debatten über die Sinnhaftigkeit und über etwaige positive, bzw. negative Auswirkungen solcher Maßnahmen, die PatientInnen an den Kosten ihrer Behandlungen beteiligen.

Aus volkswirtschaftlicher Sicht stellen Selbstbehalte ein grundsätzlich wirksames Steuerungs- und Finanzierungsinstrument dar, welches aber je nach Zielsetzung und Einsatz auch unerwünschte Effekte zeitigen kann. Im Wesentlichen dienen sie in Gesundheitssystemen drei Zwecken. Erstens können Selbstbehalte eine Steuerungswirkung entfalten. PatientInnen werden mit dem Umstand konfrontiert, dass medizinische Leistungen nicht kostenlos sind. In Gesundheitssystemen, in denen Kosten zur Gänze aus Versicherungsbeiträgen oder Steuergeldern finanziert werden, kann dieses Bewusstsein fehlen, da sich die KonsumentInnen der Leistungen keinen direkten Ausgaben gegenübersehen. Durch Beteiligung der PatientInnen an den Behandlungskosten wird das *framing* der Entscheidungssituation maßgeblich geändert. Zweitens können Selbstbehalte einen – je nach Höhe der Beteiligung nicht unerheblichen – Finanzierungsbeitrag leisten. Somit wird ein Teil der Ausgaben für die Inanspruchnahme durch die Solidargemeinschaft übernommen, ein weiterer Teil wird jedoch von den PatientInnen selbst beigesteuert. Drittens können Selbstbehalte somit auch als Instrument eingesetzt werden, um die Entwicklung der öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsleistungen insgesamt zu dämpfen. Einerseits leisten sie wie oben erwähnt bereits an sich einen Finanzierungsbeitrag, sie tragen andererseits aber zugleich auch zu einer Rationierung der Leistungen bei.

Diese drei Ziele stehen mitunter in Konflikt zueinander. Soll zum Beispiel die Inanspruchnahme in erster Linie in Richtung des evidenzbasierten, kostenlosen Angebots gesteuert werden, wird der Finanzierungsbeitrag bei erfolgreicher Umsetzung gering bleiben. Steht im Gegensatz dazu jedoch der Finanzierungsbeitrag im Vordergrund, müsste eine substantielle Beteiligung der PatientInnen an den Kosten anvisiert werden, ohne dabei die Inanspruchnahme wesentlich zu reduzieren. Doch gerade bei jenen Leistungen mit geringer Nachfrageelastizität, bei der dies gegeben wäre, handelt es sich unter Umständen genau um unverzichtbare, medizinisch wichtige Leistungen. Die Art und Weise, wie die Implementierung eines Selbstbehalteregimes

konzipiert ist, hat folglich Auswirkungen auf die Effizienz und Verteilung von Inanspruchnahme, ebenso wie auf die öffentlichen Finanzen.

In Österreich besteht bisher kein einheitlich abgestimmtes Selbstbehaltesystem. Vielmehr ist das österreichische System durch eine hohe Varietät an Ausprägungen bestimmt, die mehr historisch gewachsen scheinen, als ein differenziertes, austariertes System zu ergeben. Es ist davon auszugehen, dass in einigen Fällen Verbesserungspotenzial besteht. Zwar ist es unwahrscheinlich, dass eine optimale *one-size-fits-all* Lösung zu finden ist, da die Implementierung von Selbsthalten unter Rücksichtnahme auf Zielsetzung einerseits, aber auch auf die sozioökonomischen Umstände andererseits geschehen muss. Jedoch könnten die Träger von den Lerneffekten anderer System profitieren. Dies betrifft natürlich nicht nur die nationale Ebene.

Das Ziel des vorliegenden ersten Moduls dieses Projektberichts ist es, den aktuellen Stand der Forschung zur Wirkung von Selbsthalten in der internationalen Literatur überblicksmäßig zusammenzufassen, und zu diskutieren, welche Bedeutung deren empirische Erkenntnisse im Kontext des österreichischen Gesundheitssystem haben.

2 Analytischer Rahmen

Für den analytischen Rahmen des vorliegenden Projektberichts ist es zunächst wichtig, begriffliche Ungenauigkeiten zu vermeiden. In der größtenteils englischsprachigen Literatur sind mehre Begriffe gebräuchlich, die alle eine Beteiligung der PatientInnen an den medizinischen Kosten meinen. Oft werden diese synonym verwendet, was jedoch strenggenommen nicht korrekt ist. Konzeptuell bewegen sich Selbstbehalte auf einem Kontinuum von vollständiger Kostenübernahme durch Dritte (im Englischen ist hier der Begriff des „third-party-payer system“ gebräuchlich) bis hin zu dem vollständigen Tragen der Kosten durch PatientInnen (Robinson 2002). Rubin und Mendelson (1996) unterscheiden außerdem zwischen direkten und indirekten Formen der Kostenbeteiligung (*cost sharing*). In einem ersten Schritt werden die gängigen Definitionen näher erläutert. Darauf aufbauend werden die wichtigsten Bewertungskriterien für Selbstbehalte im medizinischen Bereich durchleuchtet. Im letzten Schritt werden die für eine Bewertung der Umsetzungsmöglichkeit verschiedener Selbsthalteregime in Österreich relevanten mikroökonomischen Konzepte näher beschrieben.

2.1 Begriffsdefinitionen

An erster Stelle kann das generische *cost sharing* angeführt werden, das als allgemeiner Überbegriff für Kostenbeteiligungen verwendet wird und auch der wörtlichen Übersetzung entspricht. *Cost sharing* kann in zwei Arten unterteilt werden. Zunächst gibt es die Gruppe der *direkten* Kostenbeteiligungen, die sich wiederum in mehrere Unterarten unterteilen lassen. Im Gegensatz dazu stehen die *indirekten* Kostenbeteiligungen, bei denen PatientInnen Zahlungen leisten, ohne dass diese vom Versicherungsträger direkt in Rechnung gestellt werden (Rubin und Mendelson 1996, p. 162). Dies umfasst zum Beispiel einzelne aus dem abgedeckten Leistungsspektrum ausgenommenen Posten, oder im Bereich der Medikamentenversorgung spezielle Regelungen wie Substitution durch Generika oder Referenzpreissysteme.

Spricht man von *user charges*, wörtlich übersetzt Nutzergebühren, wird meist das gesamte Spektrum der direkten Kostenbeteiligung gemeint. Ein ähnlicher Überbegriff sind die sogenannten *out-of-pocket payments*, also wörtlich „Zahlungen aus der Hosentasche“. Darunter versteht man Zahlungen, die von PatientInnen zumeist direkt vor Ort geleistet werden müssen, wenn eine bestimmte medizinische Leistung in Anspruch genommen wird. Im Gegensatz zu *user charges* ruft der Begriff *out-of-pocket payments* stärker das Bild einer direkten Barzahlung vor Ort hervor, und wird oft dementsprechend eingesetzt. Außerdem wird damit üblicherweise keine Unterscheidung zwischen direkten und indirekten Kostenbeteiligung getroffen.

User charges selbst können wiederum in drei verschiedenen Varianten auftreten. Als *copayment* (übersetzt Zuzahlung) wird gemeinhin eine Pauschale bezeichnet, die pro Leistung anfällt. Ein Beispiel dafür in Österreich ist die Rezeptgebühr, die bei verschreibungspflichtigen Medikamenten über diesem Betrag von PatientInnen geleistet werden muss. Eine *coinsurance* (übersetzt Selbstbeteiligungssatz) hingegen bezeichnet einen prozentuellen Anteil an den Kosten, der bei einer Leistung durch die PatientInnen getragen werden muss. Die dritte Variante sind die sogenannten *deductibles*, also Schwellenbeträge, bis zu denen PatientInnen Leistungen selbst bezahlen müssen, und erst über den Schwellenbetrag hinausgehende Ausgaben von den Versicherungsträgern übernommen werden.

Eine weitere Art der Kostenbeteiligung von PatientInnen an der Behandlung, die in der internationalen Literatur angeführt wird, ist hier zwar nur bedingt von Interesse, soll der Vollständigkeit halber dennoch nicht unerwähnt bleiben. Sogenannte *informal payments* treten ein, wenn PatientInnen direkte Zahlungen an Gesundheitsdiensteanbieter leisten, um zum Beispiel eine präferierte Behandlung oder einen früheren Behandlungstermin zu erhalten. Mitunter können diese informellen Zahlungen in einigen Ländern einen beträchtlichen Teil einer Kostenübernahme seitens

der PatientInnen darstellen. Da die Zahlungen jedoch am eigentlichen System vorbei stattfinden, sind dazu kaum belastbare Daten verfügbar, und die tatsächliche Tragweite dieser Zahlungen ist somit nur schwer abzuschätzen (Robinson 2002). Tabelle 1 fasst die grundlegenden Arten von Kostenbeteiligungen zusammen und illustriert ihre Wirkungsweise am Beispiel von Medikamenten.

Tabelle 1: Arten von Kostenbeteiligungen und ihre Wirkung im Medikamentbereich

| Art | Definition | Anreize für PatientInnen |
|---|--|--|
| <i>Direkte Kostenbeteiligungen</i> | | |
| Copayment (Zuzahlung) | PatientInnen zahlen ein fixen Betrag (flat rate) pro Leistung | Reduzierung der Menge an eingenommen Medikamenten oder Reduzierung der Anzahl der eingelösten Rezepte durch größere Packungen. Sofern die Höhe des Selbstbehalts nicht variiert, bestehen keine Anreize für PatientInnen auf günstigere Medikamente zu wechseln. |
| Coinsurance (Selbstbeteiligungssatz) | PatientInnen zahlen einen bestimmten Anteil der Behandlungskosten | Reduzierung der Menge an eingenommen Medikamenten. Größere Packungen würden nur gewählt, sofern Mengenrabatte vorhanden sind. Es bestehen Anreize für PatientInnen günstigere Medikamente zu wählen. |
| Deductible (Schwellenbetrag) | Bis zu einem bestimmten Schwellenbetrag tragen die PatientInnen die Kosten, darüber hinausgehende Beträge übernimmt der Versicherungsträger | Bei entsprechender Entfernung zum Schwellenbetrag bestehen Anreize die Menge der eingenommen Medikamente zu reduzieren, bzw. günstigere Medikamente zu wählen. In der Nähe des Schwellenbetrags bestehen Anreize in die umgekehrte Richtung (größere Menge, teurere Medikamente), um den Schwellenbetrag zu überschreiten. |
| <i>Indirekte Kostenbeteiligungen</i> | | |
| Interne Referenzpreise | Für eine Gruppe von Medikamenten mit gleichem Wirkstoff wird seitens des Versicherungsträgers ein Preis festgelegt (z.B. der Preis der günstigsten Variante), der maximal vergütet wird. Wird ein teureres Medikament aus dieser Liste gewählt, müssen PatientInnen die Differenz aus eigener Tasche zahlen. | Wechsel von hochpreisigen Medikamenten hin zu günstigeren Alternativen, die den Referenzpreis nicht überschreiten. |

Quelle: Gemmill et al. (2008), adaptierte Darstellung und Übersetzung IHS (2018)

2.2 Bewertungskriterien

Wie in der Einleitung erwähnt, können mit der Einführung von Selbstbehalten mehrere Ziele zugleich verfolgt werden, die aber mitunter zueinander in Konflikt stehen. Für eine Bewertung des Einsatzes von Selbstbehalten ist es somit wichtig zunächst festzulegen, welche Zielaspekte als besonders beachtenswert angesehen werden und wie deren Gewichtung in Relation zu den jeweils anderen Zielaspekten angesetzt werden soll. Schlussendlich ist dann eine Bewertung immer auch vor dem Hintergrund der Verteilungswirkung in Hinblick auf den Zugang zu notwendiger medizinischer Versorgung durchzuführen. Die vorliegende Analyse bedient sich der Definition von Kostenbeteiligungen aus Tambor et al. (2011). Von Interesse sind nur jene Kostenbeteiligungen, die rechtlich definiert den Zweck verfolgen, PatientInnen in die Kostenübernahme einer Gesundheitsleistung, die durch einen öffentlichen Versicherungsträger geleistet wird, einzubinden. Die zuvor angesprochenen *informal payments* werden dementsprechend nicht behandelt.

Ein zentrales Konzept in der Bewertung der finanziellen Verteilungswirkung von Selbstbehalten im medizinischen Bereich sind die sogenannten *catastrophic health expenditures* (siehe z.B. Wagstaff (2008), wörtlich übersetzt katastrophale Gesundheitsausgaben). Damit sind Ausgaben gemeint, die über einen gewissen Anteil am Haushaltseinkommen hinausgehen, und somit die finanzielle Situation des Haushalts aus dem Lot bringen können. Dieses Konzept ist im medizinischen Bereich insofern von Relevanz, da krankheitsbezogene Ausgaben zu großen Teilen dem Haushalt aufgebürdet werden, und dieser nicht frei über sie entscheiden kann (Schokkaert und Van De Voorde 2011). Zudem kann zusätzlich Krankheit auch die Erwerbsmöglichkeiten und damit die Höhe des Haushaltseinkommens beeinträchtigen. Folglich sollte wirtschaftliche Belastung durch Krankheiten nach Standards z.B. der WHO nicht überproportional von den Betroffenen alleine getragen werden müssen. Da sich die Höhe der Selbstbehalte vordergründig jedoch nicht auf das PatientInneneinkommen, sondern lediglich auf die Höhe der Ausgaben für eine Behandlung beziehen, können diese zu einer stärkeren Belastung ärmerer Haushalte führen, wenn keine adäquaten Ausnahmeregeln vorliegen. Selbst wenn nur die direkten Gesundheitsausgaben berücksichtigt werden (und von den indirekten Kosten durch Produktivitätsverlust abgesehen wird), können Haushalte durch medizinische Selbstbehalte unter die Armutsgrenze gedrückt werden (Whitehead et al. 2001).

In ähnlicher Weise können Selbstbehalte dazu führen, dass Unterschiede im Zugang zur medizinischen Versorgung zwischen ärmeren und wohlhabenderen Haushalten entstehen. Eine weitere relevante Bewertungskomponente für die Gestaltung von Selbstbehalten ist also, inwiefern weitgehend gleicher Zugang zu gleichwertiger medizinischer Versorgung über alle Einkommensgruppen hinweg gewährleistet werden

kann. Lexchin und Grootendorst (2004) werten die empirische Literatur zu Kostenbeteiligung von PatientInnen in den USA systematisch aus, und weisen darauf hin, dass in fast allen untersuchten Artikeln der Schluss gezogen wird, dass Kostenbeteiligung zu einer niedrigeren Nutzung von verschreibungspflichtigen Medikamenten bei ärmeren Haushalten und bei chronisch kranken PatientInnen führt. Auch Tamblyn et al. (2001) verweisen auf einen starken Rückgang in der Nutzung von wichtigen Medikamenten bei SeniorInnen (rund -9%) und WohlfahrtsempfängerInnen (rund -14%) nach der Einführung einer Kostenbeteiligung für ein Sample von PatientInnen in Quebec. Nicht zuletzt diese Problematik des gleichen Zugang zu gleichwertiger medizinischer Versorgung zeigt die Notwendigkeit von entsprechend gestalteten Ausnahmeregelungen für besonders belastete sozioökonomische Gruppen. Insbesondere, wenn neben den (offiziellen) Selbsthalten noch zusätzliche *informal payments* anfallen, kann es zu einer empfindlichen Doppelbelastung kommen¹. Außerdem wenden Gemmill et al. (2008) ein, dass ein Selbsthalteregime ohne Ausnahmeregelungen einer *tax on the ill*, also einer Steuer auf Kranke, gleichkommen würde, da Personen mit starken medizinischen Bedürfnissen überproportional stark belastet würden. Da Krankheit in der Regel nicht selbstverschuldet ist, ist dies zumindest aus dem Blickwinkel der sozialen Gerechtigkeit kritisch zu sehen. Die niedrigere Rate von durch *catastrophic health expenditures* belasteten Haushalten in den wohlhabenderen Industrienationen (Xu et al. 2003) kann als Indiz dafür gesehen werden, dass die Systeme von Ausnahmeregelungen in diesen Ländern durchaus erfolgreich gestaltet wurden (Schokkaert und Van De Voorde 2011).

Ein weiteres Bewertungskriterium betrifft den Aspekt, inwieweit Gesundheitsleistungen mit möglicherweise geringem medizinischen Nutzen durch ein Solidarsystem finanziert werden sollen. Dabei ist es notwendig zwischen dem tatsächlichen medizinisch-evidenzgestützten *Bedarf* (engl.: „need“), und einem *Bedürfnis* (engl.: „want“), das sich bei seiner Realisierung als Nachfrage (engl.: „demand“) nach Gesundheitsleistungen niederschlägt, zu unterscheiden, da diese beiden Mengen nicht zwingend deckungsgleich sein müssen. Bereits in den 1970er Jahren wurde diese Problematik von Jeffers et al. (1971) in der wissenschaftlichen Literatur aufgeworfen und diskutiert (Mueller et al. 1974; Schaefer 1975). In der Praxis ist die Benennung der konkreten Größe der Differenz zwischen Bedarf und Nachfrage kaum möglich, da Ersterer nicht beobachtet werden kann. Selbstbehalte können aber einen Beitrag zur Steuerung leisten, ohne diese Differenz – und somit welche Leistungen einem Bedarf und welche lediglich einem Bedürfnis entspringen –

¹ In Bulgarien wurde versucht durch die Einführung von offiziellen Selbsthalten das Ausmaß von *informal payments* einzudämmen. Jedoch kam es nicht zu einer Substitution, sondern die neuen Selbstbehalte wurden weitgehend zusätzlich von den ÄrztInnen zu den *informal payments* eingehoben. (Balabanova und McKee 2002)

tatsächlich offenlegen zu müssen: Wenn Primärversorgung und evidenzbasierte Behandlungspfade frei von Selbstbehalten angeboten werden, nicht-evidenzbasierte Zusatzleistungen aber mit Selbstbehalten belegt werden, ist eine Angleichung von Bedarf und Nachfrage zu erwarten. Zugleich wird durch die Selbstbehalte auch das Solidarsystem von der vollen Kostenübernahme für medizinische Bedürfnisse entlastet. Wichtig ist dabei, Selbstbehalte differenziert zu gestalten, um ungewünschte Wirkungen zu vermeiden. Denn umgekehrt kann die Unkenntnis dieser Differenz dazu führen, dass bei dem Einsatz undifferenzierter Selbstbehalte sowohl die „nicht notwendige“ Nachfrage, als auch jene einem Bedarf entspringende notwendige Nachfrage eingeschränkt wird.

Nicht zuletzt ist im Falle der Zielsetzung eines Finanzierungsbeitrags bei Ausnahmeregelungen zu bedenken, dass diese oft mit einem nicht unerheblichen administrativen Aufwand verbunden sind. Um die soziale Treffsicherheit der Ausnahmeregelungen zu gewährleisten, müssen diese Ausnahmeregelungen oft sehr komplex gestaltet sein, z.B. durch Staffelung nach Einkommenshöhe. Je komplexer die Gestaltung, desto höher ist auch der damit verbundene administrative Aufwand und folglich auch die damit verbundenen Kosten (z.B. höhere Personalkosten durch weitere SachbearbeiterInnen). Diese höheren Ausgaben müssen dem Ertrag aus den Selbstbehalten gegenübergestellt werden.

2.3 Mikroökonomischer Hintergrund

Um die Auswirkungen der Umsetzung verschiedener Selbstbehalteregime im Kontext des österreichischen Gesundheitssystems zu analysieren, ist es nötig, einige grundlegende mikroökonomische Konzepte zumindest überblicksmäßig zu erläutern. Für den Zweck dieser Analyse im Speziellen sind vordergründig drei Konzepte von Bedeutung: (i) Die Elastizität der Nachfrage, (ii) der Effekt des Einkommens auf die Nachfrageelastizität, und (iii) Substitutionseffekte. Diese drei Konzepte werden im Folgenden näher beschrieben.

2.3.1 Elastizität der Nachfrage

Unter der Elastizität der Nachfrage versteht man, wie stark die Nachfrage nach einem Gut auf eine Änderung des Preises reagiert, also die relative Mengenänderung dividiert durch die relative Preisänderung. Dabei kann die Elastizität in mehreren Varianten ausgedrückt werden, abhängig davon, ob die Form der Nachfragefunktion bekannt ist (was in der Praxis nicht der Fall ist, weshalb diese Variante eher in der Theorie von Relevanz ist), oder ob Preis und nachgefragte Menge bekannt sind. Eine simple Form ist die *Bogenelastizität*, die die Elastizität als ungefähre durchschnittliche relative Änderung der nachgefragten Menge Q interpretiert und wie folgt ausgedrückt wird:

$$\eta_{Q,P} = \frac{\frac{(Q_2 - Q_1)}{Q_1}}{\frac{(P_2 - P_1)}{P_1}}$$

Wobei Q_i und P_i mit $i = \{1, 2\}$, die jeweiligen realisierten Kombinationen von Preis und nachgefragter Menge eines Gutes x darstellen. Die Preiselastizität der Nachfrage liegt folglich definitionsgemäß im Intervall $(-\infty, \infty)$. Typischerweise ist ein negativer Zusammenhang zwischen Nachfrage und Preis eines Gutes zu beobachten, aber auch ein positiver Zusammenhang ist möglich. Ist ein Gut *proportional elastisch*, sinkt die Nachfrage nach einem Gut um 1%, wenn sein Preis um 1% steigt, d.h. die Elastizität somit genau $\eta_{Q,P} = -1$ beträgt. Bei Elastizitäten $\eta_{Q,P} < -1$ spricht man von *sehr elastischer* Nachfrage (die Nachfrage reagiert überproportional stark auf Preisänderungen) und im Falle von $-1 < \eta_{Q,P} < 0$ von *unelastischer* Nachfrage (die Nachfrage reagiert unterproportional auf Preisänderungen). Die jeweiligen Extremfälle $\eta_{Q,P} = -\infty$ (vollkommen elastisch, eine minimale Preisänderung würde eine unendliche Mengenänderung hervorrufen) und $\eta_{Q,P} = 0$ (vollkommen unelastisch, keine noch so große Änderungen des Preises würde eine Änderung der Nachfrage hervorrufen) sind dabei wieder nur von theoretischer Relevanz. In der Praxis kann es aber durchaus zu Fällen von extrem elastischer (z.B. der Handel mit Rohstoffen auf dem Weltmarkt) oder extrem unelastischer Nachfrage (z.B. essentielle Medikamente, wie Sofosbuvir in der Behandlung von Hepatitis C) kommen. Die Situation mit positiven Preiselastizitäten, $\eta_{Q,P} > 0$, wird als *anormal elastisch* bezeichnet. In diesem Fall würde eine Steigerung des Preises eine Steigerung der Nachfrage nach sich ziehen, z.B. wenn mit Zunahme des Preises eine höhere Exklusivität des Gutes assoziiert wird (*Snob-Effekt*), die Preissteigerung als Warnsignal einer Verknappung interpretiert wird (*Hamsterkäufe*), oder ein *Giffen-Gut*¹ vorliegt. Tabelle 2 fasst die verschiedenen Typen von Preiselastizitäten zusammen.

¹ Unter einem Giffen-Gut versteht man Güter, auf die das *Giffen-Paradox* zutrifft, d.h. dass bei einer Erhöhung des Preises die Nachfrage steigt, was wiederum der klassischen Annahme im *Gesetz der Nachfrage* widerspricht. Der Name geht auf den schottischen Statistiker Robert Giffen (1837–1910) zurück, der beobachtete, dass am Existenzminimum lebende Haushalte auf eine Erhöhung des Brotpreises mit steigender Nachfrage reagierten. Der gegenläufige Einkommenseffekt der Preiserhöhung übertrifft dabei den Substitutionseffekt.

Tabelle 2: Typen der Preiselastizität

| $\eta_{Q,P}$ | Verhalten | Beschreibung |
|------------------------|------------------------|--|
| $\eta_{Q,P} = -\infty$ | vollkommen elastisch | Eine 1%ige Änderung des Preises ruft eine unendlich große gegenteilige Änderung der Nachfrage hervor |
| $\eta_{Q,P} < -1$ | sehr elastisch | Eine 1%ige Änderung des Preises ruft eine mehr als 1%ige gegenteilige Änderung der Nachfrage hervor |
| $\eta_{Q,P} = -1$ | proportional elastisch | eine 1%ige Änderung des Preises ruft eine exakt 1%ige gegenteilige Änderung der Nachfrage hervor |
| $-1 < \eta_{Q,P} < 0$ | unelastisch | Eine 1%ige Änderung des Preises ruft eine weniger als 1%ige gegenteilige Änderung der Nachfrage hervor |
| $\eta_{Q,P} = 0$ | vollkommen unelastisch | Eine 1%ige Änderung des Preises ruft keine Änderung der Nachfrage hervor |
| $\eta_{Q,P} > 0$ | anormal elastisch | Eine 1%ige Änderung des Preises ruft eine gleichartige Änderung der Nachfrage hervor |

Ist eine differenzierbare Nachfragefunktion nach Gut x gegeben Preis p , $x = f(p)$, bekannt, kann die Bogenelastizität durch das Verhältnis der relativen Änderung der nachgefragten Menge (Δx) und des Preises (Δp) ausgedrückt werden.

$$\eta_{x,p} := \frac{\frac{\Delta x}{x}}{\frac{\Delta p}{p}}$$

Lässt man nun die Änderung des Preises gegen null gehen, d.h. $\Delta p \rightarrow 0$, ergibt sich eine infinitesimale Darstellung der Elastizitätsfunktion von x bezüglich aller p , für die $f(p)$ differenzierbar, und keine Nullstelle ist. Diese Darstellung wird als *Punktelastizität* bezeichnet.

$$\eta_{x,p} := \frac{\frac{dx}{x}}{\frac{dp}{p}} = \frac{dx}{dp} \cdot \frac{p}{x} = x' \cdot \frac{p}{x}$$

Wobei $x' = \frac{dx}{dp} = \frac{\partial f(p)}{\partial p}$ die erste Ableitung der Funktion nach p bezeichnet. Breyer et al. (2005) nutzen diese Art der Elastizitätsdarstellung, um in ihrem Lehrbuch *Gesundheitsökonomik* den Zusammenhang zwischen der Höhe des Selbstbeteiligungssatzes und der Nachfrage nach medizinischen Leistungen anhand einer ex-post (nach der Realisierung eines Gesundheitszustands, also z.B. nach Eintreten einer Krankheit) und ex-ante (vor der Realisierung eines Gesundheitszustands) Optimierung eines/einer nutzenmaximierenden PatientIn zu illustrieren. Die Grundfrage ist dabei die optimale Gestaltung von Versicherungsverträgen. Die Überlegungen können aber insgesamt für Selbstbehalte an sich umgelegt werden.

Dabei wird eine stark vereinfachte Nutzenfunktion unterstellt, in der jede zusätzliche Ausgabe für Gesundheitsleistungen konstanten Zuwachs an Nutzen bringt (Breyer et al. 2005, pp. 259–262). Unter der Annahme konstanter Elastizität der Gesundheitsnachfrage in Bezug auf den Selbstbeteiligungssatz, ist das Ergebnis der ex-post Optimierung, dass der/die nutzenmaximierende PatientIn umso mehr medizinische Leistungen beansprucht, je geringer der Selbstbeteiligungssatz ist. Aus Sicht des Versicherungsträgers besteht also *Moral Hazard der ex-post Form*, da PatientInnen im Rahmen des Modells mehr medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, als wenn kein Versicherungsschutz bestünde. Aus der ex-ante Optimierung leiten die Autoren ab, dass die Nachfrage nach medizinischen Leistungen sinkt, wenn der Selbstbeteiligungssatz erhöht wird. Der aus Versicherungsträgersicht optimale Selbstbeteiligungssatz in dem verwendeten Modell ist also positiv. Er fällt außerdem ceteris paribus umso höher aus, je elastischer die Nachfrage nach medizinischen Leistungen ist. In diesem theoretischen Rahmen führt eine prozentuale Selbstbeteiligung der PatientInnen in Form eines Selbstbeteiligungssatzes also zu einem kostenbewussteren Verhalten bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.

Die theoretischen Überlegungen in Breyer et al. (2005) zeigen jedoch auch ein weiteres Problem von Selbsthalten aus Sicht der Versicherten auf: Optimalität im Sinne des maximierten Nutzens wird nur dann erreicht, wenn der Grenznutzen einer weiteren ausgegebenen Geldeinheit in allen Verwendungsarten gleich groß ist. Dies würde aber voraussetzen, dass Versicherte die vollen Grenzkosten einer Behandlung tragen müssten, und die Versicherungsleistung also nur an den Gesundheitszustand geknüpft ist. Dafür müsste der Versicherungsträger jedoch den Gesundheitszustand der Versicherten beobachten können. Versicherungsleistungen mit Selbstbeteiligungssatz sind folglich nicht optimal, also nur *second-best* Lösungen. Versicherte sind somit mit dem Dilemma konfrontiert, sich entscheiden zu müssen, ob sie einen niedrigeren Selbstbeteiligungssatz, und die damit (durch die relativ stärker ausgeprägte

Inanspruchnahme medizinischer Leistungen begründeten) verbundenen höheren Versicherungsprämie wählen, oder einem hohen Selbstbeteiligungssatz und einer damit verbundenen unvollkommenen Risikoabwälzung den Vorzug geben. Die Wahl des passenden Mittelwegs (sofern eine Wahlmöglichkeit besteht, was nicht in allen Gesundheitssystemen der Fall ist) hängt in weiterer Folge von der Preiselastizität der Nachfrage ab. Die Analyse in Breyer et al. (2005) unterliegt aber einigen restriktiven Annahmen, insbesondere, dass Versicherte Gesundheit lediglich als Investitionsgut ansehen, und keinen direkten Nutzen daraus ziehen, oder das sie auf prozentuale Selbstbeteiligungen beschränkt ist. Außerdem wird durch die Wahl der Nutzenfunktion der Einfluss von unvollkommener Information¹, sowie der Gütereigenschaft von Gesundheitsleistungen (Suchgut versus Erfahrungsgut²) abstrahiert. Für eine Analyse ohne manche dieser vereinfachenden Annahmen verweisen die Autoren auf Blomqvist (1997), der eine optimale nicht-lineare Beteiligungsfunktion untersucht.

2.3.2 Effekt des Einkommens auf die Preiselastizität

Folgt man etablierten ökonomischen Theorien, ist davon auszugehen, dass Preisänderungen jene Haushalte stärker treffen, die einen großen Teil ihres Einkommens für medizinische Leistungen ausgeben. Das betrifft bei gleicher Krankheitslast insbesondere ärmere Haushalte. Steigen die Preise für medizinische Leistungen, reduzieren ärmere Haushalte die Nachfrage nach diesen Leistungen stärker als wohlhabendere Haushalte. Formal ausgedrückt bedeutet das, dass sich die zugrundeliegende Nachfragefunktion armer Haushalte, $x_a = f(p)$, von jener reicher Haushalte $x_r = f(p)$, für das gleiche Gut x unterscheidet. Die Nachfrage armer Haushalte ist elastischer als jene reicher Haushalte. Das bedeutet, dass die Steigung der Nachfragefunktion armer Haushalte stärker abfällt, als jene reicher Haushalte. Oder formal ausgedrückt:

$$\eta_{x_a,p} < \eta_{x_r,p} \leftrightarrow \frac{\partial f(x_a)}{\partial p} < \frac{\partial f(x_r)}{\partial p}$$

In diesem Sinne können Selbstbehalte also eine Barriere für den Zugang zu medizinischer Versorgung darstellen. Empirische Belege für diese Hypothese liegen auf

¹ Typischerweise sind Anbieter besser über die Notwendigkeit von Gesundheitsleistungen informiert als PatientInnen. Durch diese Informationsasymmetrie kann es zur sogenannten angebotsinduzierten Nachfrage kommen, da PatientInnen nur schwer beurteilen können, ob eine bestimmte vom jeweiligen Anbieter vorgeschlagene Leistung tatsächlich auch notwendig ist.

² Ein Suchgut ist ein Gut, das man durch einholen von Informationen beurteilen kann. In der Realität sind Gesundheitsleistungen jedoch oft Erfahrungsgüter (die Güte der Leistung kann erst nach Inanspruchnahme vollständig erschlossen werden) oder Vertrauensgüter (die Güte kann auch nach Inanspruchnahme nicht mit völliger Sicherheit eingeschätzt werden).

Basis von Befragungen vor (Elofsson et al. 1998), aber auch quantitativ wurden unterschiedliche Preiselastizitäten für ärmere und wohlhabendere Haushalte geschätzt (z.B. Kim et al. (2005)). Vordergründig hat dies Konsequenzen für die Gestaltung von Selbstbehalten vor dem Hintergrund der Gewährleistung von Gleichheit im Zugang zu medizinischen Leistungen, unabhängig von der persönlichen Einkommenssituation. Andererseits müssen Unterschiede im Einkommensniveau der Population aufgrund ihrer Rückwirkung auf die Elastizität der Nachfrage in Prognosen von Änderungen in einem Selbstbehalteregime berücksichtigt werden.

Die Einkommenselastizität im mikroökonomischen Sinne an sich ist für die Bewertung von Selbstbehalten im Rahmen dieser Analyse nur bedingt von Interesse, da keine Einkommensänderungen zu Grunde liegen. Sie soll an dieser Stelle aber dennoch zumindest kurz erwähnt werden. Die Einkommenselastizität beschreibt die prozentuelle Änderung der Nachfrage, wenn das Einkommen (z.B. eines Haushalts) steigt oder fällt. Das Konzept ist dabei analog zur Preiselastizität zu verstehen. In der internationalen Literatur ist dabei vor allem die Frage von Interesse, ob es sich bei Gesundheitsleistungen um ein *Luxusgut* ($\eta_{Q,E} > 1$, wobei das Subskript E das Einkommen beschreibt) oder ein *Notwendiges Gut* ($\eta_{Q,E} < 1$) handelt. Die Debatte ist nach wie vor anhängig. Während ein großer Teil der Studien auf eine Elastizität über 1 hindeuten (z.B. Ucieklak-Jež et al. (2018) für Europäische Staaten), verweisen Costa-Font et al. (2011) auf einen möglichen Publikations-Bias bisheriger Studien in Richtung höherer Elastizitäten, und schätzen mittels Meta-Regression wiederum eine tatsächliche Elastizität zwischen 0,4 und 0,8.

2.3.3 Substitutionseffekte

Eine weitere mögliche Reaktion von PatientInnen auf eine Einführung oder Erhöhung von Selbstbehalten ist ein Ausweichen auf alternative Behandlungssettings, z.B. hin zu WahlärztInnen und Spitalsambulanzen. Es kommt also zu sogenannten *Substitutionseffekten*, da ein Gut (die Behandlung bei niedergelassenen ÄrztInnen mit Kassenvertrag) durch ein anderes, konkurrierendes Gut (z.B. Untersuchung bei WahlärztInnen) ersetzt wird. Da in Österreich keine systematisch erfassten Daten für die Leistungsanspruchnahme im wahlärztlichen Bereich vorliegen, kann diesen Aspekt betreffend aber noch keine empirische Untersuchung erfolgen.

Auf der theoretischen Seite kann die Thematik mit dem Konzept der *Kreuzpreiselastizität* durchaus beleuchtet werden. Mit der Kreuzpreiselastizität wird ausgedrückt, wie stark die Nachfrage eines Gutes auf Preisänderungen eines anderen, konkurrierenden Gutes reagiert. Die Fragestellung lautet also: Um wie viel Prozent steigt die Nachfrage nach Gut i , wenn der Preis von Gut j um 1% steigt? Mathematisch

wird sie ähnlich ausgedrückt, wie die herkömmliche Preiselastizität. Sei Δp_i die Preisänderung von Gut i und Δx_j die Änderung der nachgefragten Menge von Gut j . Dann ist die Kreuzpreiselastizität gegeben durch

$$\eta_{x_j, p_i} := \frac{\frac{\Delta x_j}{x_j}}{\frac{\Delta p_i}{p_i}} \quad i \neq j$$

Liegt eine differenzierbare Nachfragefunktion $x_j = f(p_i)$ zugrunde, kann eine infinitesimale Darstellung gewählt werden, wenn man die Änderungen des Preises gegen null gehen lässt, $\Delta p_i \rightarrow 0$. In diesem Fall gilt

$$\eta_{x_j, p_i} := \frac{\frac{dx_j}{x_j}}{\frac{dp_i}{p_i}} = \frac{dx_j}{dp_i} \cdot \frac{p_i}{x_j} = x_j' \cdot \frac{p_i}{x_j} \quad i \neq j$$

Wobei $x_j' = \frac{dx_j}{dp_i} = \frac{\partial f(p_i)}{\partial p_i}$ die erste Ableitung der Funktion nach p_i bezeichnet. Ist die so ermittelte Kreuzpreiselastizität positiv, handelt es sich bei den beiden Gütern um *Substitute*, d.h. steigt der Preis von Gut i , steigt ceteris paribus die Nachfrage nach Gut j , da es relativ zu Gut i billiger wird und mehr KonsumentInnen ihren Konsum von Gut i auf Gut j umschichten. Ist die ermittelte Kreuzpreiselastizität hingegen negativ, also wenn die Nachfrage nach Gut j sinkt, wenn der Preis von Gut i steigt, spricht man von *komplementären Gütern*. Dies kann zum Beispiel bei zwei Gütern der Fall sein, die häufig zusammen konsumiert werden, oder zusammengehören (z.B. Drucker und Druckerpatronen). Ist die ermittelte Kreuzpreiselastizität 0, besteht kein Zusammenhang zwischen den Nachfragefunktionen der beiden Güter.

Im Fall einer Einführung oder Erhöhung von Selbstbehalten bei medizinischen Leistungen bei niedergelassenen ÄrztInnen mit Kassenvertrag, ändert sich deren Preis relativ zu privat bezahlten wahlärztlichen Leistungen. Die Preisdifferenz wird kleiner, und PatientInnen, die davor indifferent zwischen diesen beiden Leistungsarten waren, oder, mikroökonomisch formuliert, für die der Grenznutzen der kassenärztlichen Leistung zu alten Preisen nur marginal höher war, verschieben der Theorie folgend ihren Konsum in den wahlärztlichen Bereich. Werden Selbstbehalte gesenkt oder abgeschafft, findet die Nachfragebewegung in die entgegengesetzte Richtung weg von wahlärztlichen hin zu kassenärztlichen Leistungen statt. Vaz und Ramos (2016) liefern empirische Evidenz aus dem portugiesischen Gesundheitssystem für einen solchen Substitutionseffekt von mit Selbstbehalten belegten öffentlich finanzierten Leistungen in Notfallambulanzen hin zu Leistungen im privatmedizinischen Bereich.

3 Internationale Evidenz

Der folgende Abschnitt liefert einen Auszug aus der internationalen Fachliteratur, die sich mit empirischen Untersuchungen der Auswirkungen von Kostenbeteiligungen im medizinischen Bereich befasst. Für die vorliegende Studie, insbesondere im Hinblick auf die in Modul 2 vorgesehene empirische Untersuchung der Auswirkung von Selbstbehalten im österreichischen Sozialversicherungssystem, ist dabei jener Teil der Literatur relevant, der sich mit Primärversorgung bzw. dem niedergelassenen Bereich befasst. Ein großer Teil der Studien befasst sich mit der Auswirkung von Selbstbehalten bei verschreibungspflichtigen Medikamenten. Diese sind zwar nicht immanant für Modul 2 von Bedeutung, sollen aber trotzdem zumindest in kurzer Form erwähnt werden. Ein weiterer Literaturstrang befasst sich mit der Auswirkung von Selbstbehalten auf Kontakte in Notfallambulanzen, der für Modul 2 wiederum aufgrund möglicher Substitutionseffekte von Interesse ist. Zuletzt wird für ausgewählte Studien zudem im Detail beschrieben, wie mit dem Fehlen von Einkommensdaten auf PatientInnenebene umgegangen werden kann.

3.1 Literaturüberblick

Bereits seit den 1970er Jahren ist der Einfluss von Kostenbeteiligungen von PatientInnen auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen Gegenstand internationaler empirischer Untersuchungen. In frühen Jahren bot vor allem die USA durch die Vielfalt an verschiedenen Versicherungsverträgen ein ideales Anwendungsfeld (Breyer et al. 2005, p. 264). Aktuellere Studien basieren wiederum sehr häufig auf Daten aus dem kanadischen Gesundheitssystem, wie aus einem systematischen Überblick der internationalen Literatur von Kiil und Houlberg (2014) hervorgeht.

Frühe Arbeiten von Phelps und Newhouse (1972), und Scitovsky und Snyder (1972) untersuchen die Auswirkung einer Änderung im Selbstbeteiligungssatz mittels multipler Regressionsanalyse und ermitteln Preiselastizitäten zwischen 0 und -0,2. Die geschätzten Preiselastizitäten weisen somit das erwartete Vorzeichen auf, bewegen sich aber in einem sehr niedrigen Bereich. Um zu überprüfen, ob der beobachtete Effekt lediglich temporären Charakter hatte, führten Scitovsky und McCall (1977) eine Folgestudie durch. Dabei wurde keine Evidenz für einen folgenden Aufwärtstrend bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen beobachtet. Außerdem zeigte sich, dass durch die Einführung des Selbstbeteiligungssatzes der untersuchte Versicherungsplan für Haushalte der untersten sozioökonomischen Schichten unattraktiver wurde, und sich deren Anzahl auch nach einem längeren Folgezeitraum auf einem niedrigeren Niveau als vor der Einführung des Selbstbeteiligungssatzes

befand. Andere Studien ermittelten deutlich höhere Preiselastizitäten für medizinische Leistungen. Beck und Horne (1980) untersuchen eine Einführung eines Selbstbeteiligungssatzes von rund 33% für medizinische Leistungen bei Versicherten in der kanadischen Provinz Saskatchewan und stellten eine 5,6%ige Änderung bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen fest.

Die in diesen Studien angewandte Methodik wurde jedoch dahingehend kritisiert, dass der negative Zusammenhang zwischen Höhe der Kostenbeteiligung und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Versicherten selbst bedingt sein könnte (Breyer et al. 2005, p. 265). Also, dass Versicherte mit besserer Gesundheit sich eher für eine Versicherungsvariante mit hohem Selbstbeteiligungssatz entscheiden, da sie sich ausreichend sicher sind, wenige Leistungen beanspruchen zu müssen. Es könnte also umgekehrte Kausalität aufgrund von Selbstselektion der PatientInnen vorliegen. Erste experimentelle Evidenz für die Auswirkung von Selbstbehalten, die dieses Problem der Selbstselektion elegant umging, lieferte das *RAND Health Insurance Experiment* (Manning et al. 1988). Die ermittelte Preiselastizität für die Nachfrage nach medizinischen Leistungen lag wiederum in etwa zwischen -0,1 und -0,2, also im unteren Bereich der Resultate früherer Studien.

Einige rezentere Publikationen auf Basis von Routinedaten bedienen sich der gegenüber den bereits angesprochenen möglichen Störfaktoren (Selbstselektion, Einfluss unbeobachteter Determinanten) robusteren quasi-experimentellen Methoden, wie *difference-in-difference* oder *matching*. Van De Voorde et al. (2001) nutzen eine Änderung in der Höhe der Selbstbehalte bei einem Versicherungsträger in Belgien und schätzen für die allgemeine Bevölkerung eine Preiselastizität zwischen -0,16 und -0,12 für Besuche bei Hausärztinnen und rund -0,10 für Besuche bei FachärztInnen, also in etwa im Bereich der rein experimentell ermittelten Elastizitäten. Ndumele und Trivedi (2011) wenden ein *difference-in-difference* Studiendesign an, um die Auswirkungen von sowohl Erhöhungen, als auch Senkungen von Selbstbehalten im Medicare Programm¹ für Leistungen für psychische Gesundheit in den USA zu untersuchen. Durch eine Gesetzesänderung mussten verschiedene teilnehmende Versicherungsträger die Selbstbehalte für Leistungen für psychische Gesundheit an andere jene für andere Gesundheitsleistungen anpassen. Versicherungsträger, bei denen dies bereits der Fall war konnten somit als Kontrollgruppe genutzt werden. Die Änderungen der Selbstbehalte hatten jedoch keine nennenswerte Auswirkung auf das Inanspruchnahmeverhalten der PatientInnen.

¹ Medicare ist ein öffentliches Programm, das eine staatlich finanzierte Krankenversicherung für ältere Menschen und Menschen mit Behinderung in den USA bietet.

Für Deutschland untersuchen Schreyögg und Grabka (2010) die Auswirkung einer Erhöhung von Selbstbehalten in gesetzlichen Pflichtversicherung (GKV) auf Basis von Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP), einer repräsentativen Wiederholungsbefragung. Da für PatientInnen mit privater Versicherung die Selbstbehalte der GKV irrelevant sind, kann diese Gruppe als Kontrollgruppe in einem difference-in-difference Design gewählt werden. Die Ergebnisse zeigen keine statistisch signifikante Wirkung der Erhöhung der Selbstbehalte. Die Autoren führen dies auf die Gestaltung des Selbstbehaltesystems zurück, das lediglich niedrige Selbstbehalte vorsieht, die nur einmal pro Quartal entrichtet werden. Die Vermutung der Autoren ist, dass die Kostenbeteiligung in dieser Form zu niedrig ausfällt, als dass eine Reduzierung der Kontakte im niedergelassenen Bereich erreicht werden könnte.

Die Auswirkung von Schwellenbeträgen in der Schweiz wird von Gerfin und Schellhorn (2006) auf Basis von Befragungsdaten untersucht. Die Studie bezieht sich auf den Umstand, dass Versicherte zwischen fünf verschiedenen Versicherungsvarianten mit unterschiedlich hohen Schwellenbeträgen wählen können. Wird ein höherer Schwellenbetrag gewählt, reduziert sich die Versicherungsprämie entsprechend. Um zu überprüfen, ob die Höhe des Schwellenbetrages den theoretisch erwarteten Effekt der Reduzierung der in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen hat, bedienen sich die Autoren einer nicht-parametrischen Begrenzungsmethode (*nonparametric bounding methods*) unter der Annahme monotoner Instrumentenvariablen und monotoner Behandlungseffekte. Dadurch kann der kausale Effekt möglichst ohne Einwirkung der Selbstselektion der PatientInnen dargestellt werden. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass höhere Schwellenbeträge das Inanspruchnahmeverhalten durch Reduzierung des Moral Hazard der PatientInnen senken. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass PatientInnen in der Gruppe mit hohen Schwellenbeträgen eine 8% niedrigere Wahrscheinlichkeit für das Aufsuchen eines Arztes/einer Ärztin haben, als PatientInnen in der Gruppe mit niedrigen Schwellenbeträgen.

Lambregts und van Vliet (2018) nutzen die Einführung einer Kostenbeteiligung für Leistungen im Bereich der psychischen Gesundheit in den Niederlanden, um die Preiselastizität der Nachfrage zu schätzen. Dabei wird der Umstand ausgenutzt, dass Minderjährige von der Kostenbeteiligung ausgenommen sind, und somit als Kontrollgruppe dienen können. Die Ergebnisse zeigen, dass die Inanspruchnahme von Leistungen im Bereich der psychischen Gesundheit in der erwachsenen Population stark zurückgeht (auf die Einführung eines Selbstbehalts von € 200 folgt ein Rückgang der Inanspruchnahme der entsprechenden fachärztlichen Leistungen um 35%), während ein solcher Effekt bei Minderjährigen nicht zu beobachten ist. Der Effekt ist dabei auf leichtere psychische Krankheitsbilder konzentriert. Auch Vorzieheffekte (*anticipatory effects*) werden beobachtet, da die Inanspruchnahme unmittelbar vor der

Einführung der Selbstbehalte – vor allem bei Behandlungen mit kurzer Dauer – merkbar zunahm.

Jakobsson und Svensson (2016b) untersuchen die Einführung von Selbstbehalten in dem steuerfinanzierten und durch striktes de facto Gatekeeping geprägten Gesundheitssystem Schwedens. Als Ausgangspunkt des quasi-Experiments wird die Erhöhung der Selbstbehalte für Besuche bei HausärztInnen in einer Region Schwedens (von € 17,50 auf €23 pro Besuch) gewählt, während eine weitere Region ohne diese Änderung als Kontrollgruppe dient. Die Ergebnisse zeigen keinen Effekt der Erhöhung der Selbstbehalte auf die Leistungsanspruchnahme, weder für die untersuchte Region als Ganze, noch für sozioökonomische Subregionen. Eine weitere Publikation der selben Autoren aus dem selben Jahr (Jakobsson und Svensson (2016a)) nutzt wiederum die Methode der *fixed-effects regression*, um die Auswirkungen von Selbstbehalten in einem Paneldatensatz medizinischer Leistungsanspruchnahme in Schweden zu untersuchen, und nutzen dabei den Umstand, dass die Regionen in Schweden die Höhe der Selbstbehalte autonom setzen können. Auch in dieser Studie gelangen die Autoren zu dem Schluss, dass die Höhe der Selbstbehalte (zumindest in der in Schweden sehr überschaubaren Bandbreite zwischen € 10 und € 20) keine nennenswerten Unterschiede in der Anzahl der Kontakte in der Primärversorgung hervorruft.

Huber et al. (2012) nutzen die Methodik des *propensity score matching*, um die Auswirkung von Kostenbeteiligung auf die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen im niedergelassenen Bereich zwischen zwei unterschiedlichen Gesundheitssystemen (Deutschland und Schweiz) zu untersuchen. Die AutorInnen kommen zu dem Schluss, dass PatientInnen in Deutschland ohne Kostenbeteiligung jährlich rund 1,8 Kontakte mehr als Schweizer PatientInnen mit Kostenbeteiligung aufweisen. Eine separate Analyse für Subpopulationen zeigt – dem Großteil der Literatur entsprechend – dass der Effekt für die einkommensschwächsten Haushalte am stärksten ausfällt.

Für Österreich liegen nur wenige publizierte Studien zu den Auswirkungen von Selbstbehalten vor. Die zwei relevanten Publikationen basieren auf Umfragedaten. Reichmann und Sommersguter-Reichmann (2004) untersuchen anhand einer deskriptiven Analyse die persönliche Einstellung von PatientInnen gegenüber Selbstbehalten, ihrer Einschätzung der Effekte und anhand der Daten ihr tatsächliches Verhalten in Reaktion auf die Kostenbeteiligung. Die AutorInnen kommen zu dem Schluss, dass Selbstbehalte keinen nennenswerten Lenkungseffekt bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen mit sich bringen. Hafner und Mahlich (2016) wiederum untersuchen die Determinanten der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im niedergelassenen Bereich und die möglichen Effekte von Selbstbehalten. In einer Umfrage mit 90 TeilnehmerInnen wurde die Anzahl der jährlichen Arztbesuche

erhoben und mit einem Set an zusätzlich abgefragten erklärenden Variablen (Einkommen, Anreisezeit, Alter, usw.) in einer Regression analysiert. Die TeilnehmerInnen wurden außerdem befragt, wie sich die Anzahl der Arztbesuche unter hypothetischen Selbsthalten (zwischen €5 und €200) verändert hätte. Anhand dieser Antworten schätzen die Autoren die Auswirkung der erklärenden Variablen als Determinanten für die Wirkung von Selbsthalten. Die Ergebnisse deuten auf einen ausgeprägten negativen Effekt von Einkommen auf Arztbesuche unter einem Selbsthalteregime hin. Die Autoren schließen daraus, dass durch hohe Selbstbehalte zwar die Anzahl der Arztbesuche in Österreich reduziert werden könnte, dies jedoch hauptsächlich aufgrund der starken Reduzierung der Arztbesuche von ärmeren Haushalten zurückzuführen wäre. Aufgrund der Mängel in der angewandten Methodik (durch die direkte Befragung besteht die Gefahr, dass Befragte zu gesellschaftlich oder vom Befrager vermeintlich erwünschten Antworten neigen, oder aber in Kenntnis der möglichen Studienimpacts strategisch antworten, und die Ergebnisse dadurch stark verzerrt werden) sind diese Ergebnisse aber wohl nur bedingt aussagekräftig.

In einigen Gesundheitssystemen wurde zudem versucht, die starke Auslastung der Notfallambulanzen in Krankenhäusern mit Hilfe der Lenkungseffekte von Selbsthalten zu reduzieren. Da eine Behandlung in einer Notfallambulanz oft mit hohen Kosten verbunden ist, gilt das Aufsuchen von Notfallambulanzen ohne Vorliegen eines entsprechend behandlungsbedürftigen medizinischen Problems als eine sehr kostenintensive Form von vermeidbaren Gesundheitsausgaben. Leichtere medizinische Probleme können üblicherweise in einem anderen Behandlungssetting zielgerichteter und kostengünstiger erfolgen. Das übergeordnete Ziel würde also nach Diktion der österreichischen Gesundheitsreform einer Verlagerung zur Behandlung am *Best Point of Service* entsprechen. Die Evidenz über die Wirkung ist jedoch nicht eindeutig. Mortensen (2010) analysiert die Einführung von Kostenbeteiligungen in Form von *copayments* für Behandlungen in Notfallambulanzen in Krankenhäusern bei Versicherten im *Medicaid*-Programm¹ in neun Bundesstaaten der USA. Auf Basis von monatlichen Daten zur Inanspruchnahme von Leistungen von Notfallambulanzen von 2001 bis 2006 zeigt die Autorin, dass es durch die Einführung von Selbsthalten zu keiner Reduzierung der Behandlungen in Notfallambulanzen bei für *Medicaid*-Versicherte kam.

Siddiqui et al. (2015) wenden für die im Grunde gleiche Fragestellung ein quasi-experimentelles Studiendesign für den Zeitraum 2001 bis 2010 an. Dabei wurde der

¹ *Medicaid* ist ein staatlicher Versicherungsschutz für armutsgefährdete sozio-demographische Gruppen (Personen mit geringem Einkommen, Minderjährige, Menschen mit Behinderung) in den USA.

Umstand genutzt, dass einige Bundesstaaten bei *Medicaid*-Versicherten Selbstbehalte für nicht-notwendige Notaufnahmen verrechnete und einige Bundesstaaten nicht. Die AutorInnen finden dabei keinen durch Selbstbehalte hervorgerufenen statistisch signifikanten Unterschied in den Raten der Notaufnahmen. In Kontrast dazu stehen die Ergebnisse von Sabik und Gandhi (2016). Die Studie vergleicht anhand eines nationalen Datensatzes die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen in den Jahren 2001 bis 2009, bezieht dabei aber auch Informationen über die die PatientInnentriage in den jeweiligen Fällen ein. Dadurch ist Kategorisierung verfügbar, ob ein Fall vom behandelnden Personal als „dringend“ oder „nicht dringend“ eingestuft wurde. Ähnlich wie Siddiqui et al. (2015) nutzen die AutorInnen einen quasi-experimentellen Ansatz, der durch die Autonomie der Bundesstaaten bezüglich des Einhebens von Selbstbehalten für *Medicaid*-Versicherte in Notfallambulanzen ermöglicht wird. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass in Bundesstaaten mit Selbsthalteregime signifikant weniger Kontakte mit Notfallambulanzen als „nicht dringend“ eingestuft werden. Die AutorInnen interpretieren das als Indiz dafür, dass der Anteil an „nicht dringenden“ Kontakten in Notfallambulanzen durch die Einführung von Selbstbehalten gesenkt werden kann.

Empirische Evidenz für Europa liegt z.B. für Portugal vor, dessen Gesundheitssystem zu großen Teilen aus Steuern finanziert ist. Ramos und Almeida (2016) nutzen eine Erhöhung der Selbstbehalte im Jahr 2012 für ein quasi-experimentelles Studiendesign. Da mit der Erhöhung der Selbstbehalte eine Änderung der Ausnahmeregelungen einherging, kann die von den Selbstbehalten ausgenommenen soziodemographischen Gruppen nicht ohne weiteres als Kontrollgruppe genutzt werden (die Studienpopulation wäre über den Beobachtungsraum nicht gleichbleibend). Die Autoren nutzen daher die Information über den Schweregrad des Notfalls, um zwischen hohen und niedrigen Schweregraden zu unterscheiden. Die Idee dahinter ist, dass die Erhöhung der Selbstbehalte keine Auswirkung auf das Inanspruchnahmeverhalten bei Erkrankungen mit hohem Schweregrad, sehr wohl aber auf jenes bei Erkrankungen mit niedrigem Schweregrad hat. Dadurch kann das Verhältnis zwischen Fällen mit hohem Schweregrad und niedrigem Schweregrad als erklärende Variable herangezogen werden. Ist ein Preiseffekt vorhanden, sollte sich die Erhöhung der Selbstbehalte in einer Reduzierung des Anteils der Fälle mit niedrigem Schweregrad ausdrücken. Die Resultate deuten jedoch auf keinen signifikanten Effekt der Erhöhung der Selbstbehalte auf Inanspruchnahme von Notfallambulanzen hin. In einer weiteren Studie untersuchen Vaz und Ramos (2016) die selbe Erhöhung der Selbstbehalte bezüglich Substitutionseffekte in Richtung privater medizinischer Versorgung. Beamte in Portugal besitzen eine Zusatzversicherung, die einen Teil der Behandlungskosten bei privaten medizinischen Anbietern übernimmt. Diese privatmedizinischen Kontakte können bei Beamten in bestimmten Fällen ein Substitut

für das Aufsuchen einer Notfallambulanz darstellen, weshalb, so die Hypothese der Studie, die Anzahl der Kontakte in Notfallambulanzen für Beamte stärker auf eine Erhöhung der Selbstbehalte (d.h. eine Erhöhung des Preises) reagieren sollte. Die AutorInnen finden in ihrer Studie empirische Evidenz für diesen erwarteten Effekt und verweisen auf die damit verbundenen Implikationen in Bezug auf die Gewährleistung von Gleichheit im Zugang zu medizinischen Leistungen durch das Gesundheitssystem, wenn bessergestellte soziodemographische Schichten in den privatmedizinischen Bereich ausweichen können.

Ein beträchtlicher Teil der internationalen Literatur befasst sich mit der Auswirkung von Selbsthalten bei Medikamenten. Gemmill et al. (2008) alleine inkludieren in ihrem Literaturüberblick über die Wirkung von Selbsthalten bei Medikamenten in Industrienationen 173 Studien aus 15 Ländern. Ein Großteil der im Literaturüberblick inkludierten Studien findet einen negativen Zusammenhang zwischen der Höhe der Selbstbehalte bei Medikamenten und der konsumierten Menge an verschreibungspflichtigen Medikamenten. Dabei scheinen vor allem ökonomisch-deprivierte Haushalte bereits bei sehr niedrigen Selbsthalten den Konsum von verschreibungspflichtigen Medikamenten einzuschränken. Aus dem Blickwinkel von Gleichheit im Zugang zu notwendigen medizinischen Leistungen ist dies kritisch zu bewerten. Die AutorInnen zeigen sich ebenfalls skeptisch gegenüber den theoretischen Argumenten für Selbstbehalte bei verschreibungspflichtigen Medikamenten, obwohl diese in der Praxis sehr weit verbreitet sind. Zum einen greife das Argument der effizienteren Allokation ins Leere, da diese von einem/einer MedizinerIn verschrieben werden müssten, auf die ein Selbstbehalt für PatientInnen kaum Auswirkungen habe. Zum anderen könnten Selbstbehalte PatientInnen davon abhalten, Rezepte einzulösen. Durch die mit der Nichteinhaltung einer Medikation verbundenen negativen langfristigen gesundheitlichen Folgen könnten sich die Kosten für das Gesundheitssystem insgesamt sogar erhöhen, da diese oft kostenintensivere Behandlungsformen benötigten. Es muss jedoch angemerkt werden, dass diese Argumentation von einer ausschließlich evidenzbasierten Verschreibepaxis ausgeht und außerdem angenommen werden muss, dass nur einen Typ Medikament, der immer absolut notwendig ist, vorhanden ist.¹ Die AutorInnen leiten aus ihrer Studie die Empfehlung ab, nicht PatientInnen, sondern vielmehr jene AkteurInnen ins Auge zu fassen, die in der Entwicklung, Herstellung und Verschreibung von Medikamenten tätig sind, und hier entsprechende Anreize zu setzen.

¹ Einige Länder lösen dies beispielsweise, indem die Medikamentenselbstbehalte gestaffelt nach medizinischer Notwendigkeit werden.

Empirische Evidenz für den Zusammenhang zwischen Selbstbehalten und der Nichteinhaltung von Medikationen liefern unter anderem Atella und Kopinska (2014) für Italien im Falle von Statinen, oder Sinnott et al. (2013), die mittels einer Metastudie ein 11% höheres Risiko von Nichteinhaltung in Populationen unter einem Selbsthalteregime schätzen, oder die bereits erwähnten Studien von Tamblyn et al. (2001) für Kanada, und Lexchin und Grootendorst (2004) für die USA.

Tabelle 3 und Tabelle 4 fassen die wichtigsten Ergebnisse der Literaturrecherche überblicksmäßig zusammen. Dabei zeigt sich, dass der Großteil der empirischen Literatur mit den auf mikroökonomischer Theorie basierten Vorhersagen übereinstimmt. Jenen Studien, in denen kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Preis und der Menge der nachgefragten Leistungen im niedergelassenen Bereich gefunden wurde (z.B. Jakobsson und Svensson (2016a) oder Schreyögg und Grabka (2010)), lagen meist nur relativ kleine Änderungen in der Kostenbeteiligung zugrunde. Es ist nicht weiter überraschend, dass die Auswirkung auf die Nachfrage auch von der Höhe der Preisänderung abhängt, und auch Gewohnheitseffekte könnten eine Rolle spielen (eine stärkere Reaktion bei Neueinführungen im Gegensatz zu einer Erhöhung bereits bestehender Kostenbeteiligungen). Sollen die gewünschten Effekte lukriert werden, müssen Eingriffe also groß genug ausfallen, was jedoch auch das Risiko für unerwünschte Auswirkungen erhöht. Arme Haushalte wären von hohen Selbstbehalten ungleich stärker betroffen (*catastrophic health expenditures*), und adäquat ausgestaltete Ausnahmeregelungen können mitunter sehr aufwändig zu administrieren sein. Für politische Entscheidungsträger ist es somit umso schwieriger, die richtige Balance in der Gestaltung von Kostenbeteiligungen zu treffen.

Tabelle 3: Ausgewählte Studien zur Wirkung von Kostenbeteiligungen im medizinischen Bereich (1/2)

| Kostenbeteiligung | Sektor | Daten/Methodik | Auswirkungen auf die Nachfrage | Studie |
|---|---|---|--|--|
| Selbstbeteiligungssatz | Niedergelassener Bereich | Experiment | Preiselastizität von -0,2 bis -0,1 | Manning et al. (1988), USA |
| Selbstbeteiligungssatz | Niedergelassener Bereich | Routinedaten | -5,2% Rückgang der Nachfrage bei 33%iger Preiserhöhung | Beck, Horne (1980), CAN |
| Selbstbehalt | Niedergelassener Bereich | Routinedaten | Geschätzte Preiselastizitäten: -0,16 bis -0,12 (HausärztInnen) -0,10 (FachärztInnen) | Van De Voorde et al. (2001), BEL |
| Selbstbehalt | Niedergelassener Bereich (psychische Gesundheit) | Routinedaten | Kein Effekt (USA) bis starker Rückgang der Nachfrage (NED) | Ndumele, Trivedi (2011), USA Lambregts, van Vliet (2018), NED |
| Kostenbeteiligung (nicht genauer spezifiziert) | Niedergelassener Bereich | Routinedaten, Ländervergleich | Rund 1,8 mehr ärztliche Kontakte ohne Kostenbeteiligung | Huber et al. (2012), GER, SUI |
| Selbstbehalt | Niedergelassener Bereich | Befragung, hypothetische Selbstbehalte | Höhere Selbstbehalte würden die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen vor allem bei einkommensschwachen Haushalten reduzieren | Hafner, Mahlich (2016), AUT |
| Selbstbehalte | Niedergelassener Bereich | Befragung | Keine Auswirkung auf die Anzahl der Kontakte im niedergelassenen Bereich | Schreyögg, Grabka (2010) |

Tabelle 4: Ausgewählte Studien zur Wirkung von Kostenbeteiligungen im medizinischen Bereich (2/2)

| Kostenbeteiligung | Sektor | Daten/Methodik | Auswirkungen auf die Nachfrage | Studie |
|-------------------|----------------------------------|-----------------------------|---|--|
| Schwellenbetrag | Niedergelassener Bereich | Befragung | Reduzierung der Kontakte im niedergelassenen Bereich durch höhere Schwellenbeträge | Gerfin, Schellhorn (2006), SUI |
| Selbstbehalte | Notfallambulanzen | Routinedaten | Keine Auswirkung der Selbstbehalte auf die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen | Mortensen (2010), USA Siddiqui et al. (2015), USA Ramos, Almeida (2016), POR |
| Selbstbehalte | Notfallambulanzen | Routinedaten (inkl. Triage) | Reduzierung von als „nicht dringend“ eingestuften Kontakten in Notfallambulanzen | Sabik, Gandhi (2016), USA |
| Selbstbehalte | Notfallambulanzen, Privatmedizin | Routinedaten | Umschichtung der Nachfrage (Substitutionseffekte) bei PatientInnen mit privater Zusatzversicherung hin zu privaten Leistungen | Vaz, Ramos (2016), POR |
| Selbstbehalte | Medikamente | Metastudie | Bis zu 11% höhere der Nichteinhaltung von Medikamentenplänen durch Kostenbeteiligung | Sinnott et al. (2013), international |

3.2 Exkurs: Umgang mit fehlenden Einkommensdaten in der statistischen Analyse

Im Idealfall sollte es den ForscherInnen möglich sein, das tatsächliche Einkommen der untersuchten Population (Haushalte oder einzelne Personen) in der Analyse zu berücksichtigen. Einerseits ist es wichtig, den Effekt des Einkommens auf die Nachfrage bei der Einführung oder Änderungen von Selbsthalten (d.h. einer Preissteigerung oder -senkung bei medizinischen Leistungen) zu erfassen. Andererseits gibt es empirische Hinweise darauf, dass niedrigere Einkommensgruppen oft eine höhere Nutzung von medizinischen Leistungen aufweisen, da u.a. eine höhere Prävalenz von chronischen Erkrankungen vorliegt. Insbesondere bei der Untersuchungen der Wirkung von Selbsthalten ist das Einkommen ausschlaggebend, da davon auszugehen ist, dass höhere Selbstbehalte niedrigere Einkommensgruppen wesentlich stärker treffen als hohe. Oft werden zu diesem Zweck die Einkommen für die Auswertung nach Höhe gruppiert (z.B. Quintile) eingeteilt, da eine Analyse auf Ebene von Einkommensgruppen oft ausreichend ist.

Je nach der Art der für eine Studie verwendeten Daten unterscheidet sich auch die Herausforderung, Einkommensdaten erhalten zu können. Exemplarisch werden hier Beispiele aus der internationalen Literatur angeführt, die illustrieren, wie mit dieser Herausforderung umgegangen werden kann. Zunächst der einfachere Fall: Stellen Umfragedaten die Basis für eine Untersuchung dar, kann diese Information leicht zusätzlich abgefragt und ausgewertet werden. Ein Beispiel in der Analyse von Selbsthalten dafür, ist die Studie von Schreyögg und Grabka (2010). Der Nachteil von Umfragedaten liegt einerseits in der meist kleineren Stichprobengröße, mitsamt potentiellen Selektionsbias (z.B. wenn sich vermehrt Haushalte mit höherem Bildungsabschluss an Umfragen beteiligen). Andererseits muss man sich darauf verlassen, dass die Angaben der Befragten korrekt sind.

Werden hingegen Routinedaten für eine Auswertung verwendet, ist das Verknüpfen mit Einkommensdaten oft nur schwer möglich. Werden zum Beispiel Daten, die zu Abrechnungszwecken erhoben wurden, genutzt, ist eine Information über das Einkommen typischerweise nicht enthalten und muss von einer externen Quelle hinzugefügt werden. Zu diesem Zweck müssen die beiden Datenbanken jedoch *verlinkbar* sein, d.h. die darin enthaltene Population mit einem *unique patient identifier*, also einem individuellen Identifikationscode für jede/n PatientIn, ausgestattet sein. Damit wäre eine eindeutige Zuordnung möglich. Fehlt ein solcher, wäre zwar noch ein statistisches Matching möglich, jedoch sind diese Prozeduren aber mit einem nicht vernachlässigbaren Grad an Ungenauigkeit verbunden. Weitere Möglichkeiten sind das Arbeiten mit aggregierten Daten und einer Zuordnung z.B.

aufgrund der Wohngegend der PatientInnen, oder das Ausnutzen von Ausnahmeregelungen in einem Gesundheitssystem aufgrund des sozioökonomischen Status. Zwei Beispiele aus der internationalen Literatur. Van De Voorde et al. (2001) untersuchen die Auswirkung einer Erhöhung der Kostenbeteiligungen für PatientInnen in Belgien anhand von Routinedaten bezüglich Ausgaben und Nutzung. Die verwendeten Daten enthalten keine direkten Informationen über das Einkommen, wodurch nur eine sehr krude Stratifizierung für sozioökonomisch exponierte Gruppen vorgenommen wurde, in diesem Fall Witwen, Waisen, PensionistInnen und Invalide, im Artikel als *WOPI* abgekürzt („widows, orphans, pensioners, invalids“). Für diese *WOPI*-Gruppe gelten andere Bestimmungen in der Abrechnung mit dem Versicherungsträger, weshalb dieser Status in den Abrechnungsdaten enthalten ist. Weitere unterschiedliche Regelungen gelten für *WOPI*-PatientInnen mit niedrigem Einkommen. Insgesamt wird zwischen drei Gruppen unterschieden: (i) allgemeine Bevölkerung, (ii) *WOPI* und (iii) *WOPI* mit niedrigem Einkommen. Diese Einteilung ist jedoch sehr grob, und es ist zu hinterfragen, ob etwaige Einkommenseffekte dadurch exakt genug erfasst werden.

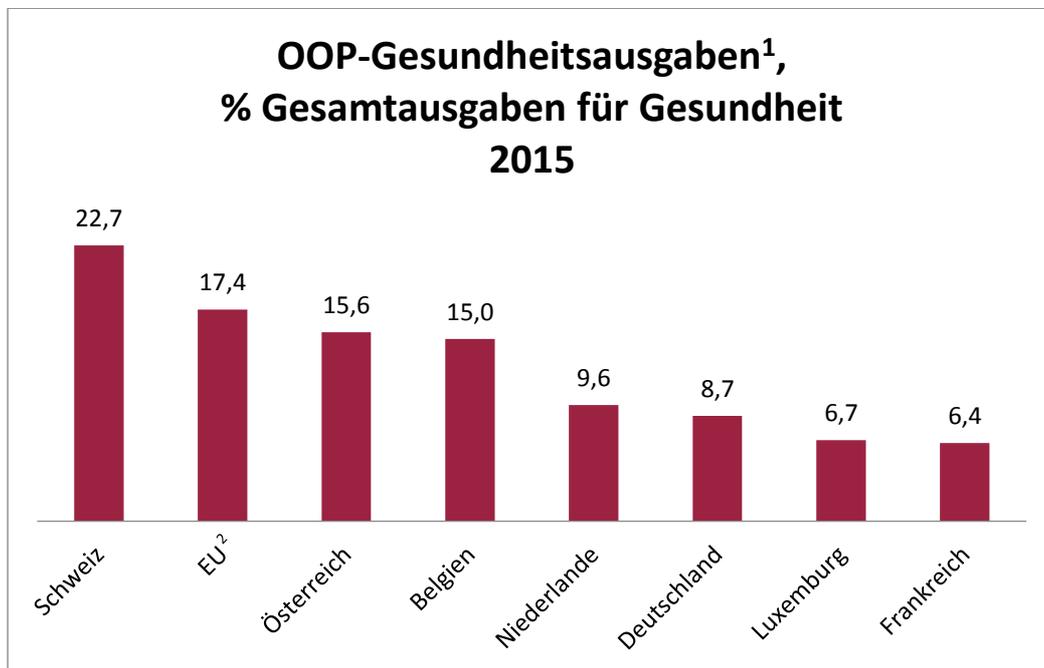
Lambregts und van Vliet (2018) bedienen sich in ihrer rezenten Studie zur Auswirkung von Selbsthalten im Bereich der psychischen Gesundheit einer anderen Methodik, um für das Fehlen von Einkommensinformationen auf der PatientInnenebene zu kontrollieren. Der verwendete Datensatz besteht aus Abrechnungsdaten einer niederländischen Krankenversicherung. Dabei ist die Postleitzahl der PatientInnen bekannt. Diese wird wiederum dafür genutzt, um den einzelnen PatientInnen einen sozioökonomischen Indikator (eine gewichtete Punktzahl die durch das Netherlands Institute for Social Research, *Sociaal en Cultureel Planbureau*, veröffentlicht wird) zuzuordnen, aggregiert für ihren Wohnort. Auch in diesem Fall wird also eine Aggregation vorgenommen, da individuelle Einkommensdaten nicht vorliegen. Der sozioökonomische Indikator setzt sich aus vier Charakteristika der jeweiligen Wohngegend zusammen: durchschnittliches Einkommen, Anteil der BewohnerInnen mit niedrigem Einkommen, Anteil der BewohnerInnen mit niedrigem Bildungsabschluss und der Anteil der arbeitslosen BewohnerInnen. Das Problem bei diesem Zugang liegt in der Aggregation des sozioökonomischen Status. Die durchschnittlichen Eigenschaften der Wohngegend müssen nicht notwendigerweise Schlüsse auf das Individuum an sich erlauben. Und sämtliche verzerrend wirkenden Effekte von Interesse beziehen sich auf die individuelle Situation der PatientInnen. Je stärker die soziale Durchmischung in einer Wohngegend, desto schwieriger ist die Korrektheit der Extrapolation zu begründen.

4 Perspektiven für Österreich

Um eine Analyse der Umsetzungsmöglichkeiten verschiedener Änderungen im Selbstbehaltesystem Österreichs durchführen zu können, ist es zunächst hilfreich den aktuellen Status quo kurz zusammen zu fassen. Im Vergleich zu anderen europäischen Sozialversicherungssystemen weist Österreich einen relativ hohen Anteil an direkt von PatientInnen geleisteten Ausgaben für medizinische Dienstleistungen aus (siehe Abbildung 1). Die direkten Zahlungen von PatientInnen beinhalten jedoch nicht nur Selbstbehalte und Kostenbeteiligungen, sondern auch andere gesundheitsbezogene Ausgaben (z.B. für nicht-verschreibungspflichtige Medikamente oder Gesundheitsprodukte). Zwar führt die OECD auch eine Zeitreihe zu Kostenbeteiligungen¹, doch ist diese nur für wenige europäische Länder befüllt und für Österreich wird noch dazu ein Unterschied in der Methodik angemerkt, wodurch ein Vergleich mit anderen Ländern noch zusätzlich erschwert wird. Für das Jahr 2015 ist für Österreich ein Wert von 2,1% der Gesamtausgaben für Gesundheit ausgewiesen. Selbstbehalte und Kostenbeteiligungen stellen also nur rund ein Achtel der direkten von PatientInnen geleisteten Ausgaben für Gesundheit dar. Zum Vergleich: In Frankreich machen Selbstbehalte und Kostenbeteiligungen 4,6% der Gesamtausgaben für Gesundheit und somit fast drei Viertel der direkt von PatientInnen geleisteten Ausgaben für Gesundheit aus. Aufgrund der Datenlage ist eine Einordnung der Höhe der Selbstbehalte in Österreich im internationalen Vergleich aber nur schwer möglich.

¹ Die genaue Bezeichnung der Datenreihe lautet „Cost-sharing with third-party payers“

Abbildung 1: Direkte Zahlungen von PatientInnen in Österreich im Vergleich mit europäischen Sozialversicherungssystemen



Quelle: OECD Statistics (2018), Darstellung: IHS 2018

1) Out-of-pocket-Gesundheitsausgaben ohne Ausgaben für Langzeitpflege

2) Ohne Bulgarien, Griechenland, Kroatien, Malta, Rumänien, Zypern (keine Daten verfügbar)

Jedes der Länder hat eine eigene Herangehensweise an Kostenbeteiligten im medizinischen Bereich. Im folgenden Abschnitt werden die wichtigsten Unterschiede der Anwendung von Selbstbehalten in Österreich im Vergleich zu anderen europäischen Ländern zusammengefasst. Vor diesem Hintergrund können die Umsetzungsmöglichkeiten für Änderungen in punkto Selbstbehalte anhand der zuvor angeführten theoretischen Überlegungen und empirischen Evidenz bewertet, und Schlussfolgerungen gezogen werden.

4.1 Selbstbehalte in Österreich

Sämtliche europäischen Länder, deren Gesundheitssystem aus Sozialversicherungsbeiträgen finanziert wird, wenden Selbstbehalte zumindest in den Bereichen der stationären Versorgung (in Österreich: gedeckeltes Taggeld) und bei Medikamenten (in Österreich: pauschale Rezeptgebühr pro eingelöstem Rezept) an (Mossialos et al. 2017). Selbstbehalte für den niedergelassenen Bereich, sowohl in der Primärversorgung als auch in der fachärztlichen Versorgung, finden sich in Österreich jedoch nur bei manchen Krankenkassen in Form eines Selbstbeteiligungssatzes. Die Höhe des Satzes unterscheidet sich je nach Sozialversicherungsträger. Während

Versicherte der BVA seit April 2016 10% der Behandlungskosten selbst tragen müssen (davor 20%), beläuft sich der Behandlungsbeitrag bei Versicherten der VAEB für ärztliche Hilfe¹ auf 7%. Bei Versicherten der SVA beträgt die Kostenbeteiligung wiederum 20% der Behandlungskosten. Es besteht aber die Möglichkeit durch die Teilnahme am SVA-eigenen Programm „Selbstständig Gesund“ die Kostenbeteiligung zu reduzieren. Das Programm zielt darauf ab, Anreize für verbesserte Gesundheitsvorsorge zu setzen, und sieht eine Halbierung des Kostenbeteiligungssatzes auf 10% vor, wenn fünf individuelle Gesundheitsziele erreicht werden. Versicherte der SVB hingegen zahlen einen Fixbetrag pro Quartal (€ 9,89, Stand 2018), wenn haus- oder fachärztliche Leistungen in Anspruch genommen werden. Der Betrag ist unabhängig von der Anzahl der Kontakte². In allen vier genannten Selbstbehaltesystemen bestehen Regeln für die Ausnahme von besonders schutzbedürftigen Versicherten von der Kostenbeteiligung. So sind zum Beispiel bei VAEB und BVA Versicherte mit Rezeptgebührenbefreiung auch vom Behandlungsbeitrag ausgenommen, müssen dafür jedoch einen eigenen Antrag stellen. In der SVB fällt für mitversicherte Kinder kein Behandlungsbeitrag an. Bei allen anderen Sozialversicherungsträgern fallen keine Selbstbehalte für ärztliche Kontakte im niedergelassenen Bereich an.

Im Vergleich zu anderen europäischen Gesundheitssystemen in Europa sticht Österreich damit hervor. Lediglich in Deutschland sind für diesen Bereich ebenfalls keine Kostenbeteiligungen der PatientInnen vorgesehen. In den Niederlanden ist lediglich die Primärversorgung frei von Selbsthalten, nicht jedoch die fachärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich. Sozialversicherungsträger in Frankreich, Belgien, Luxemburg und der Schweiz heben allesamt Kostenbeteiligungen von den Versicherten ein. (Mossialos et al. 2017)

Durch die Möglichkeit der Mehrfachversicherungen wird die Situation der Selbstbehalte in Österreich noch einmal verkompliziert. Da sich der Versicherungsschutz nach der Art des Anstellungsverhältnisses, bzw. nach dem Arbeitgeber richtet, kommt es nicht selten vor, dass ein/e PatientIn bei zwei verschiedenen Sozialversicherungsträgern versichert ist, und somit entscheiden kann, über welchen Sozialversicherungsträger die ärztliche Leistung abgerechnet werden soll. Versicherte der BVA könnten also zum Beispiel dem 10%igen Selbstbehalt ausweichen, wenn ein weiteres Versicherungsverhältnis bei einer GKK besteht, und die Abrechnung über diese erfolgt. Dieser Umstand muss bei der Analyse der Umsetzungsmöglichkeiten von Änderungen in den Selbsthalteregimen bzw. bei einer empirischen

¹ Ausgenommen Zahnmedizin. Hier beläuft sich der Selbstbeteiligungssatz auf 20%.

² Bei zusätzlichen Behandlungen bei ZahnärztInnen innerhalb eines Quartals steigt der Behandlungsbeitrag auf € 19,78.

Untersuchung der Auswirkungen von Selbsthalten in Österreich – wie in Modul 2 vorgesehen – berücksichtigt werden. Auch mit Blick auf den Aspekt der sozialen Gerechtigkeit des Gesundheitssystems in Bezug auf die Gewährleistung von Gleichheit im Zugang zu medizinischen Leistungen sind die unterschiedlichen Regelungen der Sozialversicherungsträger in Kombination mit der Mehrfachversicherung kritisch zu sehen. Versicherte können nicht frei wählen, bei welchem Sozialversicherungsträger sie versichert sein möchten, sondern werden aufgrund ihres Beschäftigungsverhältnisses zugeteilt.

Die in Breyer et al. (2005) theoretisch hergeleitete optimale Selbstbeteiligungssatz basiert auch auf der Annahme, dass PatientInnen aus verschiedenen Versicherungsformen eine wählen können. Der beschriebene Fall trifft somit auf Österreich nicht zu. Liegt nur ein einfaches Beschäftigungsverhältnis vor, gibt es keine Auswahlmöglichkeit. Liegt eine Mehrfachversicherung vor, können PatientInnen vor Ort entscheiden, mit welchem Sozialversicherungsträger abgerechnet werden soll und können somit das „Beste aus beiden Welten“ für sich lukrieren. Zum Beispiel können einige ÄrztInnen VertragspartnerInnen einiger, aber nicht aller Sozialversicherungsträger sein. Auch können Sozialversicherungsträger mit günstigerem Risikopool der Versicherten (höhere Einkommen der Versicherten und dadurch höhere Einnahmen, bei zugleich niedrigerer Inanspruchnahme von Leistungen) zusätzliche medizinische Leistungen oder medizinische Hilfsmittel übernehmen, als Sozialversicherungsträger mit problematischerer Zusammensetzung der Versicherten. Die Mehrfachversicherung bietet manchen Versicherten somit Optionen, die anderen Versicherten vorenthalten sind, was einem ungleichen Zugang zu Leistungen gleichkommt.

Die Regelung der *Rezeptgebühr* als Selbstbehalt für rezeptpflichtige Medikamente ist für alle Sozialversicherungsträger gleich geregelt. Pro bezogener Packung ist von PatientInnenseite ein pauschaler Betrag von €6 (Stand 2018) an den Sozialversicherungsträger zu leisten, die jährliche Summe ist aber bei 2% des Jahresnettoeinkommens, mindestens jedoch 37 Rezepteinlösungen, gedeckelt. Für besonders schutzbedürftige Haushalte und Personen (z.B. bei niedrigem Einkommen oder bei Diagnose einer meldepflichtigen Krankheit) ist eine Befreiung von der Rezeptgebühr vorgesehen.

Im stationären Bereich wird ebenfalls ein Selbstbehalt unabhängig vom jeweiligen Sozialversicherungsträger von PatientInnen eingehoben. Der genaue Betrag variiert je nach Bundesland (derzeit rund € 12 bis € 19 pro Tag) und ist am Ende eines Krankenhausaufenthalts vor Ort zu entrichten. Der jährliche Betrag ist maximal für 28 Krankenhaustage zu entrichten, die Deckelung ist also unabhängig vom Einkommen der PatientInnen und auch nicht in die Rezeptgebührenobergrenze einzurechnen.

Außerdem besteht auch hier eine Reihe an Ausnahmen, um speziell schutzbedürftige Gruppen finanziell zu entlasten, z.B. fällt für PatientInnen mit Rezeptgebührenbefreiung auch kein Selbstbehalt für Krankenhausaufenthalte an. Je nach Sozialversicherungsträger fallen auch für medizinische Hilfsmittel unterschiedlich hohe Kostenbeteiligung für PatientInnen an. Für eine detaillierte Aufstellung der Selbstbehalte im österreichischen Gesundheitssystem sei auf Cypionka et al. (2018) verwiesen.

4.2 Umsetzungsmöglichkeiten in Österreich

Zieht man nun die aktuellen Regelungen bezüglich Kostenbeteiligungen bei Gesundheitsdienstleistungen von PatientInnen in Betracht, lassen sich einige Umsetzungsmöglichkeiten für Änderungen bezüglich Selbstbehalte in Österreich formulieren. Der Vergleich mit anderen europäischen Ländern mit Sozialversicherungssystem zeigt, dass sich zwar direkte von PatientInnen getragene Kosten in Österreich bereits auf einem relativ hohen Niveau bewegen, dies aber nicht zwingend Rückschlüsse auf das Niveau der Selbstbehalte erlaubt. Eine generelle Erhöhung der Selbstbehalte ist aber vor allem vor dem Hintergrund der Gleichheit im Zugang zu Gesundheitsleistungen nicht empfehlenswert. In eine ähnliche Kerbe schlagen auch Mossialos et al. (2017), die ebenfalls von einer allgemein Erhöhung der Selbstbehalte abraten, und vielmehr eine Änderung in Detailgestaltung und Komposition vorschlagen. Noch dazu ist im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern wie Frankreich, Deutschland, Slowenien, Schweden oder dem Vereinigten Königreich, das österreichische Selbsthalteregime in Bezug auf die finanzielle und soziale Absicherung weniger stark ausgeprägt (Cypionka et al. 2018). Vor allem bei jenen Sozialversicherungsträgern mit bereits sehr hoher Kostenbeteiligung ist zu hinterfragen, inwieweit Selbstbehalte in dieser Form ein probates Steuerungsmittel im Gesundheitsbereich darstellen. Es gilt beim Einsatz von Kostenbeteiligungen von PatientInnen außerdem zu bedenken, dass sämtliche Auswirkungen lediglich auf Seite der Nachfrage entstehen. Liegt die Ursache für Fehlentwicklungen im Gesundheitssystem jedoch angebotsseitig vor (zum Beispiel durch angebotsinduzierte Nachfrage), kann diese durch Kostenbeteiligungen nicht adäquat adressiert werden.

Besonders schwerwiegend ist das Argument der „tax on the ill“. Wie in Cypionka et al. 2018 empirisch gezeigt, ist die finanzielle Absicherung in Österreich zwar generell gut, jedoch kann die Belastung sich bei bestimmten Menschen kumulieren. Auch wenn also im Durchschnitt die Belastung nicht so hoch ist, kann sie für einzelne eine belastende Höhe erreichen.

Darüber hinaus laufen im Falle von Mehrfachversicherung Selbstbehalte – sofern diese nicht unabhängig von Sozialversicherungsträgern anfallen – Gefahr, die erhoffte Anreizsetzung zu verfehlen, wenn Versicherte auf einen Versicherungsträger ohne Selbstbehalt wechseln können, also Ausweichmöglichkeiten haben. Etwaige Anreizeffekte könnten dann ins Leere laufen. Durch die fehlende Möglichkeit, den persönlichen Sozialversicherungsträger selbst zu wählen, ist das Konzept der Mehrfachversicherungen auch aus der Perspektive des Ziels eines gleichen Zugangs zu hinterfragen. In Verbindung mit der oft mangelnden sozialen Treffsicherheit von Selbsthalten (niedrigere Einkommen werden stärker betroffen) ist eine Angleichung der unterschiedlichen Selbsthalteregime auf niedrigem Niveau und einheitlichen Ausnahmeregelungen dergestalt empfehlenswert, dass der evidenzgestützte Weg durch das Gesundheitssystem weitgehend selbstbehaltsfrei beschritten werden kann, insbesondere, wenn in erster Linie eine Steuerungswirkung erwünscht ist. Eine ähnliche Empfehlung ist auch in Mossialos et al. (2017) zu finden. Dabei gilt zu bedenken, dass je aufwändiger die gesetzlichen Regelungen bezüglich der Ausnahmen ausgestaltet sind, ein entsprechend höherer administrativer Aufwand den lukrierten Einnahmen gegenübersteht.

Ein weiterer zu beachtender Aspekt sind mögliche Substitutionseffekte in das wahlärztliche System, da bei wahlärztlichen Untersuchungen ein Teil der Behandlungskosten vom jeweiligen Sozialversicherungsträger übernommen wird, das Ausweichen in den wahlärztlichen Sektor in diesem Sinne also subventioniert wird. Vor allem für PatientInnen bei einem Sozialversicherungsträger mit großzügigeren Honorarordnungen und Selbsthalten (z.B. die BVA), bestehen Anreize für PatientInnen in den wahlärztlichen Bereich auszuweichen, wenn sich Selbstbehalte erhöhen. Vaz und Ramos (2016) verweisen in ihren Ergebnissen auf Substitutionseffekte in Portugal aufgrund eines ähnlichen Mechanismus.

Eine ebenfalls von Mossialos et al. (2017) angeführte mögliche Reform der Selbstbehalte im Bereich der Medikamente sieht eine progressive Staffelung der Höhe des jährlichen Schwellenbetrags nach Einkommen für die Rezeptgebühr vor. So könnte für einkommensschwache Haushalte die Grenze bereits bei 1,5% des Jahresnettoeinkommens gesetzt werden, bei mittleren Einkommen bei 2% bleiben und für einkommensstarke Haushalte auf 2,5% erhöht werden. Eine solche Staffelung könnte auch auf andere Selbstbehalte angewandt werden. In jedem Fall sollte vor einer größeren Ausrollung aber eine tiefgehende Evaluierung vorgehen, um zu sehen, ob eine Staffelung nach Einkommen tatsächlich gewünschte Wirkung entfaltet.

Zuletzt besteht auch die Perspektive, Selbstbehalte mit einem *Health Technology Assessment* (HTA) System zu kombinieren (Mossialos et al. 2017). Dabei kann die Anreizwirkung von Selbsthalten ausgenutzt werden, um PatientInnenströme hin zu

medizinischen Leistungen und Heilmitteln mit positiver HTA-Bewertung zu lenken. Zum Beispiel könnte das dadurch erreicht werden, dass die Höhe des Selbstbehalts je nach Effektivität der nachgefragten medizinischen Leistung oder des Heilmittels gestaffelt wird. Im Idealfall müssten dabei auch die individuellen Umstände der PatientInnen berücksichtigt werden, da ja fallspezifisch die für den/die jeweilige/n PatientIn effektivste Leistung oder Heilmittel das Ziel ist. Dies jedoch mit einem hohen administrativen Aufwand verbunden und somit in der Praxis kaum umzusetzen. Grundvoraussetzung für ein solches System ist in jedem Fall das Bestehen eines verlässlichen HTA-Systems.

5 Schlussfolgerungen

Trotz der zahlreichen Risiken, die mit der Einführung von Selbstbehalten für PatientInnen im medizinischen Bereich verbunden sind, finden sie in vielen Gesundheitssystemen weltweit Anwendung – darunter auch Österreich. Insbesondere auch mit Blick auf die in der empirischen Literatur hervorgehobenen möglichen negativen Auswirkungen auf exponierte sozioökonomische Gruppen sollte daher nicht eine generelle Erhöhung der Selbstbehalte erfolgen. Sieht man in Österreich in erster Linie das Ziel einer solidarischen Gesundheitsfinanzierung, so sollten Selbstbehalte in Abwägung mit den Kosten ihrer Einhebung als Steuerungsinstrument verwendet werden, indem der evidenzgestützte Weg durch das Gesundheitswesen weitgehend frei (d.h. solidarisch finanziert) gestaltet wird, individuell gewünschte Abweichungen sind jedoch mit einem Selbstbehalt (=Eigenbeitrag) versehen. Hierzu ist ein differenziertes Selbstbehalteregime nötig, um so das Potential der Anreizwirkung von Selbstbehalten optimal auszunützen bei gleichzeitigem finanziellem Schutz vor übermäßiger Belastung durch Gesundheitsausgaben. Dazu können Mittel wie eine Staffelung nach Einkommen der PatientInnen, aber auch eben nach Effektivität der jeweiligen Leistung eingesetzt werden. Solche Maßnahmen können zu einer erhöhten sozialen Verträglichkeit der Selbstbehalte, sowie einer Entlastung des Solidarsystems beitragen.

Die zahlreichen unterschiedlichen Regelungen der österreichischen Sozialversicherungsträger wiederum stellen vor diesem Hintergrund nicht nur aus Sicht der Zugangsgleichheit eine problematische Konstellation dar. Die Versicherten können ihren Versicherungsträger nicht frei wählen. Die Zuteilung des Sozialversicherungsträgers erfolgt aufgrund des Beschäftigungsverhältnisses, und bei Mehrfachversicherungen kann der abrechnende Sozialversicherungsträger frei gewählt werden. Etwaigen Selbstbehalten und den damit verbundenen, vom Gesetzgeber erhofften, Anreizwirkungen kann somit ausgewichen werden. Insofern erscheint es

sinnvoll, ein kluges Selbstbehalteregime gemäß den obigen Kriterien gemeinschaftlich zu entwickeln und anzuwenden.

6 Verzeichnisse

6.1 Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Direkte Zahlungen von PatientInnen in Österreich im Vergleich mit europäischen Sozialversicherungssystemen | 34 |
|---|----|

6.2 Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Arten von Kostenbeteiligungen..... | 11 |
| Tabelle 2: Typen der Preiselastizität | 16 |

7 Publication bibliography

- Atella, Vincenzo; Kopinska, Joanna Aleksandra (2014): The impact of cost-sharing schemes on drug compliance in Italy: evidence based on quantile regression. In *Int J Public Health* 59 (2), pp. 329–339. DOI: 10.1007/s00038-013-0528-4.
- Balabanova, Dina; McKee, Martin (2002): Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. In *Health Policy* 62 (3), pp. 243–273.
- Beck, R. Glen; Horne, John M. (1980): Utilization of publicly insured health services in Saskatchewan before, during and after copayment. In *Medical Care*, pp. 787–806.
- Blomqvist, Åke (1997): Optimal non-linear health insurance. In *Journal of Health Economics* 16 (3), pp. 303–321.
- Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter; Kifmann, Mathias (2005): *Gesundheitsökonomik*. 5. Auflage. Berlin: Springer.
- Costa-Font, Joan; Gemmill, Marin; Rubert, Gloria (2011): Biases in the healthcare luxury good hypothesis?: a meta-regression analysis. In *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)* 174 (1), pp. 95–107.
- Czypionka, T.; Röhring, G.; Six, E. (2018): Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Austria. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- Elofsson, Stig; Uden, Anna-Lena; Krakau, Ingvar (1998): Patient charges - a hindrance to financially and psychosocially disadvantaged groups seeking care. In *Social Science & Medicine* 46 (10), pp. 1375–1380.
- Gemmill, Marin C.; Thomson, Sarah; Mossialos, Elias (2008): What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries. In *International journal for equity in health* 7 (1), p. 12.
- Gerfin, Michael; Schellhorn, Martin (2006): Nonparametric bounds on the effect of deductibles in health care insurance on doctor visits-Swiss evidence. In *Health economics* 15 (9), pp. 1011–1020.
- Hafner, Philipp; Mahlich, Jörg C. (2016): Determinants of physician's office visits and potential effects of co-payments: evidence from Austria. In *Int J Health Plann Mgmt* 31 (3), pp. e192. DOI: 10.1002/hpm.2316.
- Huber, Carola A.; Rüesch, Peter; Mielck, Andreas; Böcken, Jan; Rosemann, Thomas; Meyer, Peter C. (2012): Effects of cost sharing on seeking outpatient care: a propensity-matched study in Germany and Switzerland. In *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 18 (4), pp. 781–787. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2011.01679.x.

Jakobsson, Niklas; Svensson, Mikael (2016a): Copayments and physicians visits: A panel data study of Swedish regions 2003–2012. In *Health Policy* 120 (9), pp. 1095–1099. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.07.010.

Jakobsson, Niklas; Svensson, Mikael (2016b): The effect of copayments on primary care utilization: results from a quasi-experiment. In *Applied Economics* 48 (39), pp. 3752–3762. DOI: 10.1080/00036846.2016.1145346.

Jeffers, James R.; Bognanno, Mario F.; Bartlett, John C. (1971): On the demand versus need for medical services and the concept of "shortage". In *American Journal of Public Health* 61 (1), pp. 46–63.

Kiil, Astrid; Houlberg, Kurt (2014): How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011. In *Eur J Health Econ* 15 (8), pp. 813–828. DOI: 10.1007/s10198-013-0526-8.

Kim, Jiyun; Ko, Sukyoung; Yang, Bongmin (2005): The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea. In *Health Policy* 72 (3), pp. 293–300.

Lambregts, Timo R.; van Vliet, René C. J. A. (2018): The impact of copayments on mental healthcare utilization: a natural experiment. In *Eur J Health Econ* 19 (6), pp. 775–784. DOI: 10.1007/s10198-017-0921-7.

Lexchin, Joel; Grootendorst, Paul (2004): Effects of prescription drug user fees on drug and health services use and on health status in vulnerable populations: a systematic review of the evidence. In *International Journal of Health Services* 34 (1), pp. 101–122.

Manning, Willard G.; Newhouse, Joseph P.; Duan, Naihua; Keeler, Emmett; Benjamin, Bernadette; Leibowitz, Arleen et al. (1988): Health insurance and the demand for medical care. In *USA: The Rand Corporation (supported by flagrant from the US Department of Health and Human Services)*.

Mortensen, Karoline (2010): Copayments Did Not Reduce Medicaid Enrollees' Nonemergency Use Of Emergency Departments. In *Health Affairs* 29 (9), pp. 1643–1650. DOI: 10.1377/hlthaff.2009.0906.

Mossialos, Elias; Cypionka, Thomas; Cheatley, Jane; Thalmann, Inna; Polton, Dominique; Jeurissen, Patrick et al. (2017): Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System. Volume 1: International Comparisons and Policy Options. London: London School of Economics and Political Science.

Mueller, Heinz F.; Uphoff, Walter H.; Zoellner, Herbert (1974): Medical services-demand versus need: a comment. In *American Journal of Public Health* 64 (1), pp. 54–57.

Ndumele, Chima D.; Trivedi, Amal N. (2011): Effect of Copayments on Use of Outpatient Mental Health Services Among Elderly Managed Care Enrollees. In *Medical Care* 49 (3), pp. 281–286. DOI: 10.1097/MLR.0b013e31820399f6.

OECD Statistics (2018): Health expenditure and financing - Household out-of-pocket payments as share of current expenditure on health (all functions).

Phelps, Charles E.; Newhouse, Joseph P. (1972): Effect of coinsurance: A multivariate analysis. In *Soc. Sec. Bull.* 35, p. 20.

Ramos, Pedro; Almeida, Alvaro (2016): The Impact of an Increase in User Costs on the Demand for Emergency Services: The Case of Portuguese Hospitals. In *Health Econ.* 25 (11), pp. 1372–1388. DOI: 10.1002/heal.3223.

Reichmann, Gerhard; Sommersguter-Reichmann, Margit (2004): Co-payments in the Austrian social health insurance system. In *Health Policy* 67 (1), pp. 75–91. DOI: 10.1016/S0168-8510(03)00081-2.

Robinson, Ray (2002): User charges for health care. In *Funding health care: options for Europe*, pp. 161–183.

Rubin, Robert J.; Mendelson, Daniel N. (1996): A framework for cost-sharing policy analysis. In *Pharmacoeconomics* 10 (2), pp. 56–67.

Sabik, Lindsay M.; Gandhi, Sabina Ohri (2016): Copayments and Emergency Department Use Among Adult Medicaid Enrollees. In *Health Econ.* 25 (5), pp. 529–542. DOI: 10.1002/heal.3164.

Schaefer, Mark E. (1975): Demand versus need for medical services in a general cost-benefit setting. In *American Journal of Public Health* 65 (3), pp. 293–295.

Schokkaert, Erik; Van De Voorde, Carine (2011): User charges. In Glied, Sherry and Smith, Peter C (Ed.): *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford: Oxford University Press, pp. 329–353.

Schreyögg, Jonas; Grabka, Markus M. (2010): Copayments for ambulatory care in Germany: a natural experiment using a difference-in-difference approach. In *Eur J Health Econ* 11 (3), pp. 331–341. DOI: 10.1007/s10198-009-0179-9.

Scitovsky, Anne A.; McCall, Nelda (1977): Coinsurance and the demand for physician services: four years later. In *Soc. Sec. Bull.* 40, p. 19.

Scitovsky, Anne A.; Snyder, Nelda M. (1972): Effect of coinsurance on use of physician services. In *Soc. Sec. Bull.* 35, p. 3.

Siddiqui, Mona; Roberts, Eric T.; Pollack, Craig E. (2015): The Effect of Emergency Department Copayments for Medicaid Beneficiaries Following the Deficit Reduction

Act of 2005. In *JAMA Intern Med* 175 (3), p. 393. DOI: 10.1001/jamainternmed.2014.7582.

Sinnott, Sarah-Jo; Buckley, Claire; O’Riordan, David; Bradley, Colin; Whelton, Helen; Postma, Maarten (2013): The Effect of Copayments for Prescriptions on Adherence to Prescription Medicines in Publicly Insured Populations; A Systematic Review and Meta-Analysis. In *PLoS ONE* 8 (5), pp. e64914. DOI: 10.1371/journal.pone.0064914.

Tamblyn, Robyn; Laprise, Rejean; Hanley, James A.; Abrahamowicz, Michael; Scott, Susan; Mayo, Nancy et al. (2001): Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. In *Jama* 285 (4), pp. 421–429.

Tambor, Marzena; Pavlova, Milena; Woch, Piotr; Groot, Wim (2011): Diversity and dynamics of patient cost-sharing for physicians’ and hospital services in the 27 European Union countries. In *European Journal of Public Health* 21 (5), pp. 585–590. DOI: 10.1093/eurpub/ckq139.

Ucieklak-Jeż, Paulina; Bem, Agnieszka; Prędkiewicz, Paweł; Siedlecki, Rafał (2018): Are Health-Care Services Luxury Goods? In : *The Impact of Globalization on International Finance and Accounting*: Springer, pp. 265–271.

Van De Voorde, Carine; van Doorslaer, Eddy; Schokkaert, Erik (2001): Effects of cost sharing on physician utilization under favourable conditions for supplier-induced demand. In *Health Econ.* 10 (5), pp. 457–471. DOI: 10.1002/hec.631.

Vaz, Sofia; Ramos, Pedro (2016): Where did civil servants go? the effect of an increase in public co-payments on double insured patients. In *Health Econ Rev* 6 (1), p. 1. DOI: 10.1186/s13561-016-0093-7.

Wagstaff, Adam (2008): Measuring Financial Protection in Health. In *World Bank: Policy Research Paper* (4554).

Whitehead, Margaret; Dahlgren, Göran; Evans, Timothy (2001): Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? In *The Lancet* 358 (9284), pp. 833–836.

Xu, Ke; Evans, David B.; Kawabata, Kei; Zeramdini, Riadh; Klavus, Jan; Murray, Christopher J. L. (2003): Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. In *The Lancet* 362 (9378), pp. 111–117.