



JAHRES- BERICHT 2023

CSSINSTITUT

Das CSS Institut blickt auf ein produktives und ereignisreiches Jahr zurück. Neben erfolgreichen Publikationen, der Verbreitung unserer Erkenntnisse in den Medien und zahlreichen Lehrveranstaltungen, konnten gleich drei Preise gefeiert werden. Den ersten Preis gewannen wir selbst, genauer gesagt Alois Stutzer (Universität Basel) zusammen mit Nicolas und Christian vom CSS Institut. Die Arbeit «Transfer Payment Systems and Financial Distress: Insights from Health Insurance Premium Subsidies», die wir im vorletzten Jahresbericht vorgestellt hatten, wurde mit dem Wissenschaftspreis der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie für die beste Publikation des Jahres ausgezeichnet (das Bild unten zeigt Christian und Nicolas bei der Preisübergabe). Es freut uns ausserordentlich, dass Arbeiten, die von Mitarbeitern des CSS Instituts mitverfasst wurden, wissenschaftlich so viel Anerkennung erfahren.



Den zweiten Preis gewann Fabienne Töngi (heute Löscher). Sie ist Doktorandin an der Universität Bern und erhielt den «Best PhD Paper Award» der Schweizer Gesellschaft für Gesundheitsökonomie für ihre Präsentation des Papiers «The effect of potential out-of-pocket payments on drug prices and quantities» zur Wirkung des differenzierten Selbstbehalts bei Arzneimitteln. Neben ihr sind auch Michael Gerfin (Universität Bern) und Christian vom CSS Institut an dieser Forschungsarbeit beteiligt. Wir gratulieren Fabienne an dieser Stelle noch einmal ganz herzlich zu diesem tollen Erfolg!

Erwähnenswert ist diese Arbeit aber noch aus einem weiteren Grund: Sie ist exemplarisch für unsere For-

schungstätigkeit im letzten Jahr, denn wir haben uns stark mit dem pharmazeutischen Markt auseinandergesetzt. Neben der Analyse zum differenzierten Selbstbehalt haben wir uns mit der Wirkung von Patienteninformation und dynamischen Effekten der Kostenbeteiligung auf den Arzneimittelbezug auseinandergesetzt. Die Ergebnisse dieser spannenden Forschung stellen wir auf den kommenden Seiten vor.

Der dritte Preis ging an Véra Zabrodina. Sie ist Postdoktorandin an der Universität Basel und gewann den «SSES Young Economist Award» der Schweizer Gesellschaft für Ökonomie und Statistik für ihre Arbeit zu «Timing Moral Hazard under Deductibles in Health Insurance». Selbst waren wir an diesem Forschungspapier nicht beteiligt, dennoch haben wir einen Beitrag dazu geleistet: Wir haben Véra die notwendigen Daten zur Verfügung gestellt, damit sie ihre Analysen machen kann. Die Bereitstellung von Daten für die empirische Forschung und die damit verbundene Beratung sind Teil der Aufgaben des CSS Instituts. Um aufzuzeigen, wie viele Projekte wir unterstützen und welchen Beitrag zur Forschungsförderung wir leisten, beleuchten wir diese Tätigkeit im vorliegenden Bericht etwas genauer.

Schliesslich hat das CSS Institut selbst noch etwas weiteres gewonnen: Eine neue Mitarbeiterin! Lukas hatte sich nach fast zehn Jahren beim CSS Institut entschieden, als Lehr- und Forschungsbeauftragter an der Universität Luzern eine neue Herausforderung anzunehmen. Als seine Nachfolgerin konnten wir Caroline Chuard-Keller gewinnen. Zuvor war sie als Postdoktorandin an der Universität St. Gallen tätig, ihren Doktor in Ökonomie hatte sie 2019 von der Universität Zürich erhalten. Wir sind sehr glücklich, dass Caroline nun bei uns im CSS Institut forscht, und freuen uns darauf, zukünftig an dieser Stelle von ihren Arbeiten zu berichten.

Wir wünschen Ihnen eine gute Lektüre.

Christian P.R. Schmid
April 2024

Impressum

Herausgeber:
CSS Institut für Empirische Gesundheitsökonomie
Tribtschenstrasse 21
Postfach 2568
6002 Luzern

Autoren:
Caroline Chuard-Keller
Linn Hjalmarsson
Christian P.R. Schmid
Nicolas Schreiner

Die Grafiken auf der Titel- und Rückseite basieren auf «A Prescription for Knowledge: Patient Information and Generic Substitution» von Linn Hjalmarsson, Christian P.R. Schmid und Nicolas Schreiner.

April 2024



www.css-institut.ch

Lassen sich die Gesundheitskosten durch den Einsatz von Marktmechanismen reduzieren? Anhand des differenzierten Selbstbehalts für teure Medikamente lassen sich die Reaktionen von Produzenten und Patienten auf solche Massnahmen analysieren. *Von Christian P.R. Schmid*

Sinn und Zweck einer Krankenversicherung ist es, die finanziellen Folgen von Krankheit zu mindern. Dass Patienten die Kosten der von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen nicht selbst bezahlen, entspricht also der Grundidee einer Versicherung. Dabei könnte es jedoch zu ungewollten Nebeneffekten kommen. Da Patienten die Preise der Leistungen, wenn überhaupt, nur zu einem kleinen Teil selbst bezahlen, haben sie womöglich wenig Anreiz, günstigere Alternativen zu suchen oder in Anspruch zu nehmen. Die Leistungserbringer und Hersteller von medizinischen Gütern auf der anderen Seite könnten wissen, dass sie deshalb höhere Preise durchsetzen können. Mit anderen Worten, die hohen Kosten im Gesundheitswesen sind möglicherweise auch eine Folge davon, dass kaum Preiswettbewerb existiert. Im Umkehrschluss müsste regulatorisch erzeugter Preiswettbewerb, wie in jedem gut funktionierendem Markt, also dazu führen, dass die Patienten günstigere Alternativen wählen, Hersteller tiefere Preise setzen und die Kosten insgesamt tiefer sind. Ob das tatsächlich auch passiert, haben wir anhand des differenzierten Selbstbehalts für Arzneimittel analysiert. Dieser sorgt nämlich dafür, dass Patienten für medizinisch gleichwertige Alternativen einen merklich unterschiedlichen Preis bezahlen. Er stellt somit ein ideales Fallbeispiel dar, um das Verhalten von Patienten und Arzneimittelproduzenten zu untersuchen.

SELBSTBEHALT VON 20% STATT 10%

Die Kostenbeteiligung in der Schweiz besteht primär aus zwei Elementen, der Franchise und dem Selbstbehalt. Bis zum Erreichen der Franchise zahlen Patienten die in Anspruch genommenen Leistungen vollumfänglich. Danach beteiligen sie sich grundsätzlich mit zehn Prozent an den Kosten (Selbstbehalt), bis der jährliche Höchstbetrag von derzeit 700 Franken erreicht ist. Es gibt jedoch eine Ausnahme: Sind mehrere Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung verfügbar, kann der Selbstbehalt höher als zehn Prozent ausfallen. Der höhere Selbstbehalt kommt dann zur Anwendung, wenn teure Arzneimittel innerhalb einer Gruppe mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung einen Preis

über einem für diese Gruppe berechneten Schwellenwert haben. Mit dem differenzierten Selbstbehalt werden zwei Ziele verfolgt. Einerseits soll er für Patienten einen Anreiz bieten, auf günstigere Arzneimittel zu wechseln. Andererseits soll er die Hersteller dazu bringen, ihre Preise zu senken. Bevor nämlich der differenzierte Selbstbehalt zur Anwendung kommt, werden die Hersteller informiert und haben so die Möglichkeit, ihre Preise anzupassen. Im Folgenden betrachten wir eine Reform aus dem Jahr 2011, die dazu führte, dass viel mehr Arzneimittel als vorher von einem höheren Selbstbehalt betroffen sein können.

PRODUZENTEN SENKEN DIE PREISE

Wenn ein teures Arzneimittel Gefahr läuft, unter den höheren Selbstbehalt zu fallen, muss dessen Produzent eine Entscheidung treffen. Einerseits kann er den Preis senken, wodurch sein Umsatz wahrscheinlich tiefer ausfällt. Andererseits kann er den Preis beibehalten, muss aber damit rechnen, dass Patienten auf ein anderes Arzneimittel wechseln, was seinen Umsatz ebenfalls schmälert. Erschwerend kommt hierbei hinzu, dass das Verhalten der anderen Produzenten ebenfalls einen Einfluss darauf hat, wie viele Patienten womöglich das Arzneimittel wechseln. Senken nämlich andere Produzenten ihre Preise, um dem höheren Selbstbehalt zu entgehen, werden diese Arzneimittel für die Patienten attraktiver. Die Preissetzung eines Produzenten hängt also davon ab, wie stark Patienten auf die Preisänderung reagieren, aber auch davon, welches Verhalten er

HERSTELLER REAGIEREN AUF DIFFERENZIERTEN SELBSTBEHALT
ENTWICKLUNG DURCHSCHNITTLICHER MEDIKAMENTEPREISE 2011 (IN FRANKEN)



von den anderen Produzenten erwartet. Weil die Preise für Medikamente öffentlich sind und wir auch wissen, welchen Arzneimittel ein höherer Selbstbehalt drohte, können wir die Preisreaktion der Produzenten analysieren. Da jeweils die günstigsten Medikamente nicht vom höheren Selbstbehalt betroffen waren, haben wir auch eine Vergleichsgruppe, bei der wir gar keine Preisreaktion erwarten. In der unten stehenden Abbildung wird der Preisverlauf der beiden Gruppen dargestellt. Sie zeigt deutlich, dass die teuren Arzneimittel per Inkrafttreten der Reform günstiger wurden. Die Preise sanken durchschnittlich um rund 12.40 Franken oder etwa 9.9 Prozent. Die günstigen Arzneimittel zeigen hingegen keine Preisreduktion. Allerdings senken auch bei den teuren Arzneimitteln nicht alle Produzenten die Preise. Während Generikahersteller den Preis in über vier von fünf Fällen senken, sind es bei den Produzenten von Originalpräparaten knapp weniger als die Hälfte. Insgesamt kommt es aber zu einer beachtlichen Preis-anpassung, der differenzierte Selbstbehalt zeigt bei den Produzenten also die gewünschte Wirkung.

PATIENTEN WECHSELN DAS ARZNEIMITTEL

Da nicht alle Hersteller die Preise gesenkt haben, können wir analysieren, wie sich der differenzierte Selbstbehalt auf das Patientenverhalten auswirkt. Konkret fragen wir uns also, ob Patienten von den für sie nun merklich teureren auf günstigere Arzneimittel wechseln. Zur Beantwortung dieser Frage verwenden wir Daten von zwei Krankenversicherungen, welche die notwendigen Informationen über die abgegebenen Arzneimittel und verrechnete Kostenbeteiligung enthalten. Wie aus der Abbildung unten ersichtlich ist, sinkt nach der Reform die Wahrscheinlichkeit, dass ein teures Arzneimittel be-

SELBSTBEHALT WIRKT AUF ORIGINALKÄUFER WENIGER STARK
NACHFRAGEREDUKTION (IN %-PUNKTEN) AUFGRUND DES HÖHEREN SELBSTBEHALTS



zogen wird, um rund 1.5 Prozentpunkte. Mit anderen Worten, Patienten wechseln das Arzneimittel, wenn sie einen höheren Selbstbehalt dafür bezahlen müssen. Der Effekt ist bei den Originalpräparaten mit 1.3 Prozentpunkten deutlich kleiner als bei den Generika, die einen Rückgang um 4.3 Prozentpunkte aufweisen. Das bedeutet, dass Patienten, die Generika beziehen, deutlich stärker auf den höheren Selbstbehalt reagieren als Patienten, die Originalpräparate kaufen. Das ist eine Erkenntnis, die sich auch in anderen Studien finden lässt. Es erstaunt daher nicht, dass die Produzenten der Originalmedikamente ihre Preise seltener reduziert haben als die Generikahersteller. Wenn man bedenkt, dass der höhere Selbstbehalt nur zur Anwendung kommt, wenn die Franchise bereits überschritten wurde, der Höchstbetrag jedoch noch nicht erreicht ist, ist die Reaktion der Patienten trotzdem beachtlich. Der differenzierte Selbstbehalt zeigt also auch bei den Patienten die gewünschte Wirkung.

GESAMTE MARKTREAKTION WICHTIG

Auf die Schweiz hochgerechnet wurden im ersten Jahr nach der Reform knapp 20 Millionen Franken an Medikamentenkosten eingespart. Der grösste Teil dieser Einsparungen basiert auf den Preisreduktionen der Hersteller. Dabei gilt es allerdings zu bedenken, dass die Preisreduktionen dazu dienen, der Patientenreaktion zuvorzukommen. Hätten die Produzenten ihre Preise nicht angepasst, wäre die Reaktion der Patienten sehr wahrscheinlich viel stärker ausgefallen. Dass die Hersteller auf das (voraussichtliche) Verhalten der Patienten reagieren, zeigt exemplarisch auf, dass Marktmechanismen im Gesundheitswesen funktionieren. Während die Kostenbeteiligung oft ein sehr unpräzises Instrument ist, wird sie hier sehr zielgerichtet eingesetzt, um Wettbewerb zu erzeugen und so Medikamente günstiger zu machen. Es wäre daher prüfenswert, nicht nur bei Medikamenten auf eine differenzierte Kostenbeteiligung zu setzen.

Dieses Papier wurde von Michael Gerfin und Fabienne Lötscher von der Universität Bern gemeinsam mit Christian P.R. Schmid vom CSS Institut verfasst.

Generika bieten die gleiche Wirkung wie Originalmedikamente zu einem Bruchteil des Preises. Trotz finanzieller Anreize kaufen viele Patienten weiterhin teure Originale. Kann gezielte Patienteninformation den Wechsel zu Generika fördern? *Von Nicolas Schreiner*

Die Gesundheitspolitik hat sich bisher stark auf finanzielle Anreize konzentriert, um Generika attraktiver zu machen. Dabei wird oft übersehen, dass Märkte nur dann funktionieren, wenn Käufer und Verkäufer genügend gut informiert sind. Im Gesundheitssektor erschweren jedoch zahlreiche formelle und informelle Hürden den Informationsfluss für Patienten. So ist beispielsweise an Patienten gerichtete Werbung für Arzneimittel weitgehend verboten, die grosse Anzahl an Präparaten macht den Markt unübersichtlich und Leistungserbringer haben auch einen gewissen finanziellen Anreiz, nicht umfassend über die verfügbaren Generika zu informieren. Patienten haben also einen ausgeprägten Informationsnachteil, der ihre Entscheidungsfindung beeinträchtigt. Nichtsdestotrotz blieb auch bei der Generikasubstitution die Rolle von Patienteninformation bisher grösstenteils unbeachtet. Wissen aber Patienten beim Kauf von Arzneimitteln nichts von der Existenz günstiger Generika, können sie auch nicht auf die bestehenden Preisunterschiede reagieren.

GENERIKA MAILING DER CSS

Mittels einer Kampagne wollte die CSS das mögliche Informationsdefizit auf Patientenseite adressieren. Von 2010 bis 2022 wurden Versicherte gezielt angeschrieben, um sie auf günstigere, aber medizinisch gleichwertige Alternativen hinzuweisen. Nach dem Kauf eines von etwa 30 ausgewählten Originalmedikamenten erhielt die Person automatisch ein Informationsschreiben per Post. Der Brief listete die Namen aller für das Original verfügbaren Generika auf und wies das Einsparpotenzial in Prozent aus. Um möglichst grosse Einsparungen zu realisieren, wurden stets alle Patienten angeschrieben. Es wurde also kein randomisiertes Experiment durchgeführt, um die Effektivität der Kampagne zu analysieren.

GEFAHR WIRKUNG ZU ÜBERSCHÄTZEN

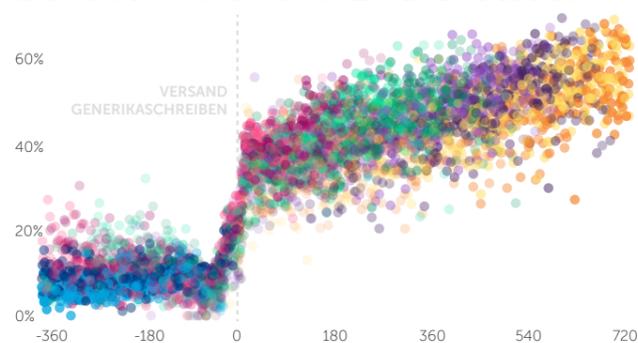
Eine Möglichkeit zur Effektivitätsmessung wäre, einfach den Generikaanteil bei Patienten vor und nach dem Versand des Briefes zu vergleichen. Bei einem solchen Vorher-Nachher-Vergleich besteht jedoch das Risiko,

dass der Effekt des Generikaschreibens überschätzt wird. Denn ein gewisser Anteil der angeschriebenen Patienten hätte vermutlich auch ohne Schreiben vom Original zu einem Generikum gewechselt. Einerseits hat das Versandsystem nicht geprüft, ob seit dem auslösenden Kauf bereits ein Generikakauf beim entsprechenden Medikament erfolgte. Andererseits wissen wir aus der Forschung in anderen Bereichen, dass mit wiederholtem Kauf eines Gutes Konsumenten zunehmend an Kompetenz gewinnen. So steigt mit jedem Kauf des Medikaments auch die Wahrscheinlichkeit, von sich aus selbst nach Informationen über Generika zu suchen. Solche «selbstständige» Wechsel dürfen aber nicht dem Schreiben zugerechnet werden.

VERWANDLUNG IN EIN NATÜRLICHES EXPERIMENT

Um dennoch den kausalen Effekt des Schreibens zu ermitteln, mussten wir also nachträglich eine passende Kontrollgruppe finden. Dabei nutzen wir aus, dass das die Generikakampagne nur ein kleiner Bestandteil der Kundenkommunikation war. Um Versicherte vor zu vielen Schreiben innerhalb kurzer Zeit zu bewahren, erhält jede Kommunikation bei der CSS eine interne Priorisierung. Stehen gleichzeitig mehrere Korrespondenzen an, wird zuerst diejenige mit der höchsten Priorität versandt. Zudem werden alle anderen Schreiben für mehrere Wochen zurückgehalten. Da das Generikaschreiben wenig zeitkritisch war, wurde der Versand oft temporär blockiert. Dies führte zu einer quasi-zufälligen Verteilung des Zeitpunkts, zu dem Patienten

SPRUNGHAFTER ANSTIEG VON GENERIKA NACH INFORMATION
GENERIKAQUOTE PRO TAG UND N-TEM KAUF RELATIV ZUM ERHALT DES BRIEFES



die Information per Brief erhielten. Folglich konnten wir nun bei jedem «n-ten» Kauf die Wahrscheinlichkeit eines Generikabezugs von Patienten, welche den Brief zu diesem Zeitpunkt bereits erhalten hatten, mit denjenigen, die das Schreiben erst später erhielten, vergleichen. Dieser Vergleich ermöglicht, den kausalen Effekt von anderen Faktoren zu isolieren und so die tatsächliche Effektivität des Schreibens zu schätzen.

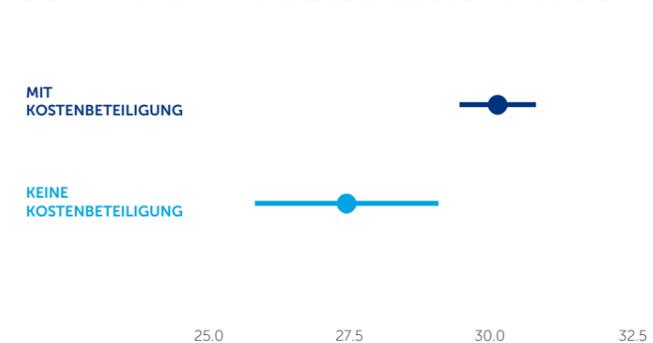
PATIENTENINFORMATION MIT GROSSER WIRKUNG

In unserer Analyse berechneten wir den durchschnittlichen Effekt des Generikaschreibens an 60,000 Empfänger mit insgesamt 540,000 Medikamentenkäufen. Betrachten wir nur die drei Käufe vor und zwei Käufe nach Erhalt des Schreibens als sogenannte «Event Study», sehen wir, wie stark der Brief die Wahrscheinlichkeit eines Generikawechsels erhöht. Beim ersten informierten Kauf springt der Generikaanteil sofort um rund 28 Prozentpunkte nach oben. Nehmen wir an, dass der Brief beim zweiten Kauf nach dem Versand auch noch weitere Patienten zum Wechseln angeregt hat, sehen wir einen Gesamteffekt von 29 Prozentpunkten. Verglichen mit einer durchschnittlichen Generikaquote von etwa 10 Prozent bei Käufen vor Erhalt des Briefes, entspricht das beinahe einer Vervierfachung der Generikaquote.

INFORMATION DOMINIERT FINANZIELLE ANREIZE

In unseren Analysen gibt es Versicherte, die beim ersten Kauf nach Erhalt des Briefes bereits keine Kostenbeteiligung für das restliche Jahr mehr bezahlen mussten. Auf der anderen Seite gibt es Versicherte, die zu diesem Zeitpunkt den Kaufpreis noch zumindest teilweise selbst tragen müssen. Die nachfolgende Grafik ver-

VERGLEICHSGEWEISE KLEINE WIRKUNG FINANZIELLER ANREIZE
EFFEKT (IN %-PUNKTEN) NACH KOSTENBETEILIGUNG BEI ERSTEM KAUF NACH BRIEF



gleicht die beiden Gruppen und zeigt, dass Versicherte ohne Kostenbeteiligung etwas weniger stark auf das Schreiben reagieren. Finanzielle Anreize haben also tatsächlich einen Effekt, der Unterschied beträgt jedoch nur etwa 2.5 Prozentpunkte. Selbst wenn die Wahl zwischen Generikum und Original für den Versicherten finanziell keinen Unterschied macht, verdreifacht das Schreiben immer noch die Wahrscheinlichkeit, auf ein Generikum zu wechseln. Information stellt sich also als ein sehr wirkungsvolles Instrument heraus. Interessant ist dabei insbesondere, dass Information auch bei jenen wirkt, die gar keinen finanziellen Anreizen ausgesetzt sind. Diese Versicherten leisten damit einen Beitrag zur Kostenreduktion, ohne einen eigenen Vorteil daraus zu ziehen. Eine Stärkung der Patientensouveränität mittels Information wirkt also wesentlich breiter als finanzielle Anreize.

SOUVERÄNE PATIENTEN BRAUCHEN INFORMATION

Marktmechanismen, wie die Kostenbeteiligung, funktionieren erst dann wirklich gut, wenn alle Marktteilnehmer über genügend Information verfügen. Dies verdeutlicht die bisher vernachlässigte Rolle von Patienteninformationen, gerade im Schweizer Gesundheitswesen, das von Patienten ähnliche Entscheidungen wie auf einem gewöhnlichen Gütermarkt erwartet. Gleichzeitig wird Patienten oft der Zugang zu dringend benötigten Informationen durch regulatorische Barrieren erschwert, welche in dieser Art auf anderen Produktmärkten nicht vorhanden sind. So wurde das Generika Mailing der CSS aufgrund eines Kreisschreibens des BAG verboten und im Jahr 2022 eingestellt. Als Folge bleiben die Leistungserbringer als einzige Informationsquelle, was nicht nur bezüglich der finanziellen Kosten, sondern auch mit Blick auf den Zeitaufwand enorm ineffizient ist und zudem Patienten in Situationen drängt, in der ihre einzige Informationsquelle von der getroffenen Entscheidung auch direkt finanziell profitieren kann. Hier wäre also die Politik gefordert, die Vorteile, welche die Digitalisierung für die Informierung von Patienten bieten würde, gesetzlich zu erlauben. Denn souveräne Patienten bedeuten am Ende ein für alle besser funktionierendes Gesundheitssystem.

Dieses Papier wurde von Linn Hjalmarsson, Christian P.R. Schmid und Nicolas Schreiner vom CSS Institut verfasst.

Beeinflusst nicht nur die aktuelle Kostenbeteiligung, sondern auch zukünftige Erwartungen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen? Da die Auslastung des Gesundheitswesens davon abhängt, sollte die Ausgestaltung der Kostenbeteiligung dies berücksichtigen. *Von Linn Hjalmarsson*

Wie Individuen auf Preisveränderungen reagieren, ist eine zentrale Frage der Volkswirtschaftslehre. In der klassischen Theorie wird angenommen, dass alle Marktteilnehmer «rational» handeln und sämtliche Aspekte des Preises bei einer Kaufentscheidung berücksichtigen. Individuen sind demnach vorausschauend und berücksichtigen zukünftige Preisentwicklungen bei ihren Entscheidungen in der Gegenwart. Ob dies tatsächlich so ist, lässt sich anhand der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen untersuchen. Franchise und Selbstbehalt führen nämlich dazu, dass sich der kurzfristige und der langfristige «Preis» unterscheiden können, weil die bezahlte Kostenbeteiligung am Jahreswechsel wieder auf null gesetzt wird. Hat ein Patient im aktuellen Jahr die Kostenbeteiligung überschritten, liegt der «Dezemberpreis» deutlich unter dem «Januarpreis» für die gleiche medizinische Leistung. Chronisch kranke Patienten, welche die Franchise in jedem Jahr erreichen, erfahren diesen «Preissprung» zwar, aber langfristig betrachtet sind die Preise eigentlich genau gleich. Sie sparen also keinen einzigen Franken, wenn sie Leistungen aufgrund des tiefen Preises im Dezember vorziehen. Beobachten wir in der Realität aufgrund nicht-vollständig rationaler Akteure jedoch ein solches Verhalten, lässt sich daraus schliessen, dass die Kostenbeteiligung in der Praxis zu unbeabsichtigten Verhaltensverzerrungen führt.

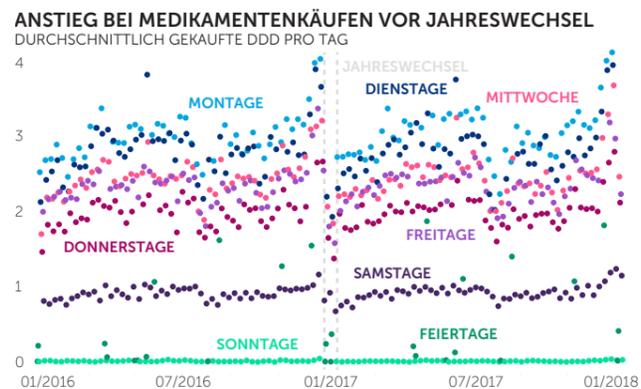
FOKUS AUF CHRONISCHE MEDIKAMENTE

Um herauszufinden, ob Individuen ihre Gesundheitsnachfrage aufgrund von kurzfristigen Preisänderungen (irrational) anpassen, fokussieren wir uns auf Patienten, die an einer der folgenden chronischen Krankheiten leiden und entsprechende Medikamente benötigen: Depressionen (Antidepressiva), Diabetes Typ I (Insulin), Diabetes Typ II (Antidiabetika), Bluthochdruck (Blutdrucksenker) oder hohes Cholesterin (Lipidsenker). Diese Auswahl wurde getroffen, da diese Medikamente hohe Gesundheitskosten zur Folge haben und die betroffenen Patienten häufig die tiefste Franchise wählen. Aufgrund der hohen Kosten erreichen diese Patienten oft bereits früh im Jahr die Franchise. Sie erleben dadurch zwar auch den starken Anstieg zu Beginn

jeden Jahres, wenn die Kostenbeteiligung zurückgesetzt wird, aber der langfristige Preis bleibt am Jahreswechsel unverändert. Medikamente eignen sich deshalb besonders für die Analyse, weil chronisch kranke Patienten einen stetigen Medikamentenbedarf haben, gleichzeitig Medikamente aber auch lagerbar sind. Der Zeitpunkt des Kaufs wird daher planbar, womit eine allfällige Preisreaktion beobachtbar wird.

PATIENTEN MACHEN WEIHNACHTSEINKÄUFE ...

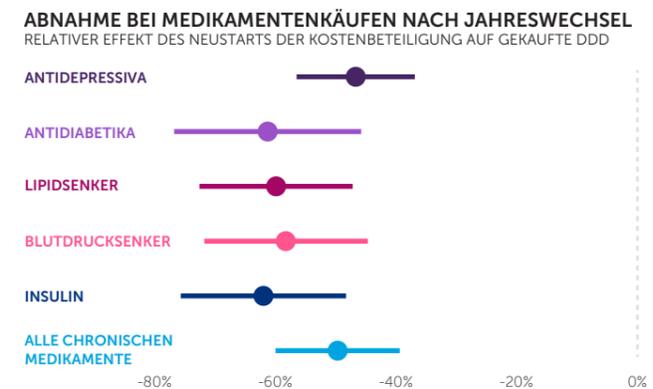
Falls Patienten mit chronischen Krankheiten auf den Preissprung am Jahreswechsel reagieren, müsste die gekaufte Medikamentenmenge eine entsprechende Gegenbewegung machen, das heisst, vor dem Jahreswechsel würde mehr gekauft als nach dem Jahreswechsel. Wir verwenden deshalb tagesgenaue Daten mit Informationen zu der Menge der täglichen Dosis (sog. «defined daily dosage», kurz DDD), die an einem entsprechenden Tag gekauft wurde. Diese tagesgenaue Datenstruktur ermöglicht es uns, eine sog. Regressions-Diskontinuitäts-Analyse durchzuführen, bei der wir die Differenz zwischen der durchschnittlichen Anzahl gekaufter DDD am Ende eines Jahres und zu Beginn des neuen Jahres schätzen. Da wir vor und nach dem Jahreswechsel genau die gleichen Patienten beobachten und sich ausser der Kostenbeteiligung, welche die Patienten bezahlen müssen, nichts ändert, können wir den kausalen Effekt der Preisveränderung auf die gekaufte Menge an DDD identifizieren. Unsere Schätzergebnisse zeigen deutlich, dass am Jahresen-



de, wenn die Patienten ihre Medikamente (fast) «gratis» beziehen können, signifikant mehr Medikamente (gemessen in DDD) gekauft werden als nach dem Jahreswechsel, wenn die Patienten ihre Medikamente grösstenteils selber bezahlen müssen. Die Differenz variiert je nach Medikamentengruppe und beträgt zwischen 0.6 DDD für Antidepressiva und 1.1 DDD für Antidiabetika. Bei diesen Zahlen handelt es sich um die Differenz auf Tagesbasis, hochgerechnet auf einen Monat entspricht der Effekt im Durchschnitt etwa 30 DDD, also gerade einer Monatspackung. Mit anderen Worten, im Dezember wird im Schnitt eine Monatsdosis mehr gekauft als im Januar. Durchschnittlich werden jedes Jahr pro Tag 2.2 DDD gekauft. Unser geschätzter Effekt von 1.1 DDD entspricht davon rund 50 Prozent; die Reaktion auf die kurzfristige Preisänderung ist also beachtlich.

... ABER AUCH FERIENEINKÄUFE

In der Zeit zwischen Weihnachten und Neujahr ist der Zugang zu Gesundheitsinstitutionen aufgrund der vielen Feiertage eingeschränkt. Dies kann auch dazu führen, dass Patienten aus Vorsicht, sicher genug Medikamente während den Feiertagen zu haben, vorher vermehrt Medikamente kaufen. Das heisst, wir könnten den Effekt der Preisveränderung am Jahresende überschätzen, wenn wir diesen «Ferieneffekt» nicht berücksichtigen. Um eine Schätzung dafür zu erhalten, wenden wir die oben beschriebene Methode auf die Sommermonate an, weil wir dort ebenfalls einen Ferieneffekt erwarten. Tatsächlich zeigt sich im Sommer ein derartiger Effekt, übertragen auf den Jahreswechsel bleibt aber mindestens ein Drittel des Preiseffekts bestehen. Das heisst, obwohl die Ferien und Feiertage eine Rolle spielen, bleibt die kurzfristige Preisverände-



rung am Jahreswechsel ein relevanter Faktor für die Nachfrage nach Medikamenten im Dezember.

KEIN JANUARLOCH

Ein weiterer Faktor, der eine Rolle spielen könnte, ist das Januarloch. Es könnte sein, dass Patienten die Medikamente im Dezember kaufen, damit die Ausgaben nicht im Januar anfallen, wenn das verfügbare Geld sowieso schon knapp sein könnte. Hierfür müssen wir Patienten finden, bei denen wir eher finanzielle Probleme vermuten, und mit Patienten vergleichen, bei denen wir dies nicht vermuten. Eine Möglichkeit ist, Personen mit und ohne Prämienverbilligung zu vergleichen, weil sich diese im Einkommen deutlich unterscheiden. Jedoch zeigen Patienten, die Prämienverbilligungsempfänger sind, und Patienten, die keine Prämienverbilligung erhalten, eine vergleichbare Preisreaktion am Jahreswechsel. Daraus können wir schliessen, dass das Januarloch keinen Effekt auf das Patientenverhalten hat.

VERZERRUNGEN DURCH KOSTENBETEILIGUNG

Unsere Ergebnisse zeigen, dass Personen tendenziell auf das Zurücksetzen der Kostenbeteiligung zu Beginn eines jeden Jahres reagieren. Kurzfristige Preisänderungen spielen also selbst dann eine Rolle, wenn sich mit diesem Verhalten langfristig keine (selbstgetragenen) Kosten sparen lassen. Während sie also kurzfristig vorausschauend sind, scheinen sie die Komplexität der längeren Frist nicht vollständig zu erfassen. Aus Sicht des Krankenversicherers und mit Blick auf die Gesamtkosten sind die Weihnachtseinkäufe grundsätzlich kein Problem, denn die «gesparte» Kostenbeteiligung fällt für die Patienten einfach im darauffolgenden Jahr an. Jedoch sind unsere Ergebnisse weitere Evidenz dafür, dass die Ausgestaltung der Kostenbeteiligung zu irrationalen und teilweise sogar gesundheitsgefährdendem Verhalten führen kann. Eine Möglichkeit wäre daher chronische Medikamente ganz von der Franchise zu befreien und durch eine konstante Kostenbeteiligung zu ersetzen. Zudem sollten Patienten informiert werden, damit sie die Regeln der Krankenversicherung verstehen und souveräne Entscheidungen treffen können.

Dieses Papier wurde von Linn Hjalmarsson vom CSS Institut gemeinsam mit Michael Gerfin von der Universität Bern verfasst.

Fehlender Zugang zu Daten schränkt die Forschung zum Schweizer Gesundheitswesen ein. Daher ist neben der eigenen Forschung die Unterstützung anderer Wissenschaftler durch Daten ein wichtiger Teil des gesellschaftlichen Auftrags des CSS Instituts. *Von Christian P.R. Schmid*

Die Datenlandschaft im Schweizer Gesundheitswesen ist fragmentiert und stark dezentralisiert. Krankenversicherer, Leistungserbringer wie bspw. Spitäler, Ärzte und Apotheken, aber auch die Kantone und der Bund haben mittels Daten einen Einblick in das Gesundheitswesen, über eine Gesamtsicht verfügt jedoch keiner der Akteure. Hinzu kommt, dass Gesundheit nicht nur im Gesundheitswesen, sondern auch in der Schule, am Arbeitsplatz und in der Freizeit produziert wird. Schliesslich werden die meisten dieser Daten nicht für Forschungszwecke erhoben, was teilweise den Zugang dazu massiv erschwert. Zusammengenommen sind das sehr schlechte Voraussetzungen für die empirische (Wirtschafts-)Forschung in der Schweiz.

FORSCHUNG ALS TEIL DER NACHHALTIGKEIT

Die CSS sieht Forschungsförderung als Teil ihrer gesellschaftlichen Verantwortung. Mit der Gründung des CSS Instituts hat sie sich deshalb auch dazu verpflichtet, einen Beitrag zur Verbesserung der Datenverfügbarkeit für die Forschung zu leisten, um so die Grundlagen für eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik zu schaffen. Entsprechend unterstützt das CSS Institut regelmässig Forschungsprojekte mit Daten und berät Forscher diesbezüglich. Im Folgenden geben wir einen kurzen Überblick über diese Aufgabe und, um den Projekten auch ein Gesicht zu geben, stellen wir zwei Forscher vor, die mit «unseren» Daten sehr erfolgreich arbeiten.

SECHS PROJEKTE PRO JAHR UNTERSTÜTZT

Zwischen 2014 und 2023 hat das CSS Institut für insgesamt 60 Vorhaben Daten der CSS zur Verfügung gestellt, das sind im Durchschnitt sechs Projekte pro Jahr. Die Daten werden grundsätzlich anonymisiert, das heisst, es wird sichergestellt, dass sich Daten nicht bestimmten Personen zuordnen lassen. In wenigen Fällen werden – mit dem expliziten, schriftlichen Einverständnis der versicherten Personen – auch Daten in nicht anonymisierter Form zur Verfügung gestellt. In der Regel handelt es sich dabei um Studien im medizinischen Bereich. Ein Beispiel hierfür ist die «Swiss Atrial Fibrillation Cohort», welche zu einem besseren Verständnis der

Herzrhythmusstörung Vorhofflimmern beitragen soll. Seit 2015 haben wir der Universität Basel regelmässig Daten für diese Studie zur Verfügung gestellt.



DR. IGOR FRAN CETIC

Igor ist heute Ambizione Research Fellow an der Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI). Seinen Doktor in Public Health mit Spezialisierung in Gesundheitsökonomie hat er 2019 vom Schweizer Tropen- und Public-Health Institut (Swiss TPH) in Basel erhalten, danach war er wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Manchester, wo er immer noch affiliert ist. Ambizione ist ein Fördergefäss des Schweizerischen Nationalfonds für junge Forscher, die selbstständig ein Projekt an einer Schweizer Hochschule durchführen möchten. Es dient als Startschuss in eine wissenschaftliche Karriere, entsprechend streng sind die Auswahlkriterien und der Wettbewerb um die Fördergelder. Wir standen Igor bereits in der Ausarbeitung seines Fördergesuchs beratend zur Seite und wir werden ihn in zwei Teilprojekten, welche die Grund- und Notfallversorgung in der Schweiz analysieren, mit Daten und als Koautoren unterstützen. Insgesamt trägt sein Projekt zu einem besseren Verständnis der Gesundheitsversorgung in der Schweiz bei, eine Zusammenfassung der geplanten Forschung ist beim Schweizerischen Nationalfonds verfügbar.



DR. VÉRA ZABRODINA

Véra ist Postdoktorandin an der Universität Basel, wo sie im September 2022 auch ihr Doktorat abgeschlossen hat. In einem Teil ihrer Dissertation analysiert sie, ob versicherte Personen die Gesundheitsnachfrage zeitlich so einplanen, dass sie möglichst wenig selbst bezahlen müssen. Es geht also um die Frage, ob die (angestrebte) Wirkung der Kostenbeteiligung durch das vorausschauende Verhalten der Patienten geschmälert wird. Für dieses Projekt mit dem Titel «Timing Moral Hazard under Deductibles in Health Insurance» hatten wir bereits Daten zur Verfügung gestellt. Für die Fortführung ihrer Forschungsagenda wird Véra im Rahmen des PostDoc Mobility Programms des Schweizerischen Nationalfonds ab Herbst 2024 zwei Jahre an der University of California in Berkeley verbringen. Bereits im Rahmen ihres Doktorats konnte sie während eines längeren Aufenthalts in Berkeley als Gast des Wirtschaftsnobelpreisträgers David Card ihre Forschung weiterentwickeln. Das CSS Institut hat im Zuge des erfolgreichen SNF-Projektantrags weiterhin die Unterstützung durch Datenlieferungen und Zusammenarbeit bei diesen Projekten zugesichert.

GESUNDHEITSVERSORGUNG BESSER VERSTEHEN

Der weitaus grösste Teil der Daten wird Forschern an Schweizer Universitäten zur Verfügung gestellt, die eigene Forschungsfragen beantworten möchten. Ein Beispiel hierfür ist das Projekt «Physician retirement, practice closures and discontinuity of care» von Micha-

el Gerfin und Wolfram Kägi, das vom Schweizer Nationalfonds im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 74 finanziert wurde. Ziel des Projekts war es zu verstehen, wie sich die Versorgung von Patienten verändert, wenn der Hausarzt pensioniert wird und seine Praxis schliesst. Die Erkenntnisse erlauben es, die zukünftige Gesundheitsversorgung besser zu verstehen.

sammenhang mit der Wahlfranchise» zuhanden des Bundesamts für Gesundheit. Das Projekt wurde von B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung sowie der Universität Bern durchgeführt und sollte zu einem besseren Verständnis des Verhaltens der versicherten Personen im Zusammenhang mit der Wahlfranchise beitragen. Daraus lassen sich Möglichkeiten für die Ausgestaltung des Gesundheitswesens ableiten.

EIGENE FORSCHUNG HILFT ANDEREN FORSCHERN

Die drei hier erwähnten Projekte zeigen exemplarisch, was mit Krankenversicherungsdaten heute bereits möglich ist: Man kann sie in der medizinischen Forschung verwenden, die Gesundheitsversorgung analysieren und Fragen zur Ausgestaltung des Gesundheitswesens beantworten. Es braucht lediglich den Willen, diese Daten der Forschung auch zur Verfügung zu stellen. Das CSS Institut stellt eine Brücke zu den Schweizer Universitäten und Fachhochschulen dar. Dank der eigenen Forschungstätigkeit kennt es die verfügbaren Krankenversicherungsdaten sehr genau und kann Forscher bei der Umsetzung ihrer Projekte optimal beraten. Ausserdem ermöglicht die eigene Forschungstätigkeit eine effiziente Evaluation von Datenanfragen bezüglich des wissenschaftlichen Potenzials und der Methodenqualität. Wir leisten damit einen Beitrag an den Forschungsstandort Schweiz, und gerade junge Wissenschaftler profitieren vom raschen Zugang zu Individualdaten. Dass diese Projekte unterstützungswürdig sind, sieht man nicht zuletzt auch daran, dass sie oft vom Schweizer Nationalfonds finanziert werden. Die Nutzung von Krankenversicherungsdaten generiert Erkenntnisse, die für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und damit auch für die Gesellschaft von grosser Bedeutung sind. Allerdings lassen sich nicht alle Gesundheitsfragen isoliert mit Daten der Krankenversicherer analysieren. Es wäre daher wünschenswert, wenn die Möglichkeit geschaffen würde, Daten aus verschiedensten Quellen für Forschungszwecke zusammenzuführen. Der Schutz dieser sensiblen Daten ist das höchste Gut, aber gerade die aktuelle Nutzung in der Forschung zeigt, dass man damit verantwortungsvoll umgehen kann. Könnten wir die Fragmentierung und Dezentralisierung der Datenlandschaft im Schweizer Gesundheitswesen überwinden, würde die Forschung, das Gesundheitswesen und die Gesellschaft davon profitieren.

PEER REVIEW PUBLIKATIONEN

- Hempel-Bruder, Christina, Lampirini Syrogiannouli, ..., **Christian P.R. Schmid**, ... und Kevin John Selby. 2023. «Colorectal Cancer Testing Rates after Implementation of an Organised Screening Program in Vaud, Switzerland.» *Swiss Medical Weekly*. 153(4):40054.
- Gerbier, Eva, Guillaume Favre, ..., **Christian P. R. Schmid**, ... und Alice Panchaud. 2023. «Antidiabetic Medication Utilisation before and during Pregnancy in Switzerland between 2012 and 2019: An Administrative Claim Database from the MAMA Cohort.» *Journal of Diabetes Research*. 2023:4105993.
- Douven, Rudy und **Lukas Kauer**. 2023. «Falling Ill Raises the Health Insurer's Administration Bill.» *Social Science & Medicine*. 324:115856.

ARBEITSPAPIERE

- Gerfin, Michael, Fabienne Lötscher und **Christian P.R. Schmid**. «The Effect of potential higher out-of-pocket payments on drug prices and quantities.»
- Hochuli, Philip und **Christian P.R. Schmid**. «Insurance Expansion During Pregnancy.»
- Hjalmarsson, Linn, Christian P.R. Schmid** und **Nicolas Schreiner**. «A Prescription for Knowledge: Patient Information and Generic Substitution.»
- Kauer, Lukas** und **Christian P.R. Schmid**. «Keep Reminding Me to Get My Flu Shot.» (R&R, *American Journal of Health Economics*)
- Kauer, Lukas**, Lukas Schmid und Valentina Sontheim. «Perceptions of Economic Conditions and Mental Health.»

AKADEMISCHE KONFERENZEN

- Chuard, Caroline**. «Ethnic Clustering in Schools and Early Career Outcomes.» *AME Labour Economics Seminar*. SOFI Swedish Institute for Social Research, 1. Juni 2023.
- Chuard, Caroline**. «Discussion of To Stay or Not to Stay? The Effects of Vaccination on Social Distancing Behavior by Petra Tschuchnig.» *PhD Workshop of the 6th Conference of the Swiss Society of Health Economics*. Universität Bern, 8. Juni 2023.
- Hjalmarsson, Linn**. «Christmas Shopping in the Prescription Drug Market.» *15. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö)*. Hannover, 13. März 2023.
- Hjalmarsson, Linn**. «A Prescription for Knowledge: Patient Information and Generic Substitution.» *Brown Bag Seminar*. Universität Bern, 19. April 2023.
- Hjalmarsson, Linn**. «Christmas Shopping in the Prescription Drug Market.» *PhD Workshop of the 6th Conference of the Swiss Society of Health Economics*. Universität Bern, 8. Juni 2023.
- Hjalmarsson, Linn**. «Christmas Shopping in the Prescription Drug Market.» *Applied Micro Seminar*. Universität Göteborg, 28. September 2023.
- Hjalmarsson, Linn**. «Christmas Shopping in the Prescription Drug Market.» *Brown Bag Seminar*. Universität Bern, 4. Oktober 2023.
- Hjalmarsson, Linn**. «Christmas Shopping in the Prescription Drug Market.» *Research Seminar in Health Sciences and Medicine*. Universität Luzern, 9. Oktober 2023.
- Kauer, Lukas**. «Managed Care from the Physician's Perspective:» *15. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö)*. Hannover, 13. März 2023.
- Schmid, Christian P.R.** «The effect of potential out-of-pocket payments on drug prices and quantities.» *1st Croatian Health Economics Workshop*. Opatija, 9. Juni 2023.
- Schmid, Christian P.R.** «Secondary Use aus Sicht der Gesundheitsökonomie.» *ehealthsummit*. Aarau, 14. September 2023.
- Schmid, Christian P.R.** «Redistribution and affordability of health plans in Switzerland: The impact of individual subsidies.» *DHE 10th Anniversary Symposium*. Wien, 25. September 2023.

- Schmid, Christian P.R.** «A Prescription for Knowledge: Patient Information and Generic Substitution.» *22. Europäischer Gesundheitskongress*. München, 27. Oktober 2023.
- Schreiner, Nicolas**. «A Prescription for Knowledge: Patient Information and Generic Substitution.» *Winter Meeting of the Health Economics Study Group*. Manchester, 11. Januar 2023.
- Schreiner, Nicolas**. «A Prescription for Knowledge: Patient Information and Generic Substitution.» *15. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö)*. Hannover, 13. März 2023.
- Schreiner, Nicolas**. «Geld vs Sachtransfers: Prämiensubventionen und finanzielle Probleme.» *Wissenschaftspreis der 15. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö)*. Hannover, 13. März 2023.
- Schreiner, Nicolas**. «A Prescription for Knowledge: Patient Information and Generic Substitution.» *Research Seminar in Health Sciences and Medicine*. Universität Luzern, 20. März 2023.
- Schreiner, Nicolas**. «A Prescription for Knowledge: Patient Information and Generic Substitution.» *6th Conference of the Swiss Society of Health Economics*. Universität Bern, 9. Juni 2023.
- Schreiner, Nicolas**. «A Prescription for Knowledge: Patient Information and Generic Substitution.» *Annual Congress of the Swiss Society of Economics and Statistics*. Universität Neuenburg, 29. Juni 2023.
- Schreiner, Nicolas**. «A Prescription for Knowledge: Patient Information and Generic Substitution.» *Annual Congress of the European Economic Association*. Barcelona School of Economics, 30. August 2023.

CSS SEMINARE

- Christian P.R. Schmid**. «Wer finanziert eigentlich das Gesundheitswesen.» *Café dialogue*. Luzern, 30. August 2023.

SEMESTERVERANSTALTUNGEN

- Chuard, Caroline**. «Evaluation of Labour Policy.» Bachelorstufe. Zweiwöchentliche Vorlesung. Frühjahrssemester 2023. Universität St. Gallen.
- Chuard, Caroline**. «Data Analytics II.» Bachelorstufe. Wöchentliche Übung. Frühjahrssemester 2023. Universität St. Gallen.
- Chuard, Caroline**. «MIA Morning on Economic Principles.» Masterstufe. Blockseminar. Herbstsemester 2023. Universität St. Gallen.
- Chuard, Caroline**. «MIA Morning on Economic Reasoning.» Masterstufe. Blockseminar. Herbstsemester 2023. Universität St. Gallen.
- Gerfin, Michael und **Christian P.R. Schmid**. «Topics in Health Economics.» Masterstufe. Wöchentliche Vorlesung. Frühjahrssemester 2023. Universität Bern.
- Kauer, Lukas**. «Soziale Krankenversicherung.» Bachelorstufe. Wöchentliche Vorlesung. Frühjahrssemester 2023. Universität Zürich.
- Schmid, Christian P.R.** «The Economics of Pharmaceutical Markets.» Masterstufe. Wöchentliche Vorlesung. Herbstsemester 2023. Universität Luzern.
- Schreiner, Nicolas**. «Topics in Pharmaceutical Economics.» Masterstufe, Wöchentliches Seminar. Frühjahrssemester 2023. Universität Luzern.

TAGES- & BLOCKKURSE

- Kauer, Lukas**. «Gesundheitssysteme zwischen Regulierung und Markt – internationaler Vergleich.» CAS Gesundheitsökonomie und Public Health. 20. Februar 2023. Berner Fachhochschule.
- Kauer, Lukas**. «Prämienregulierung.» CAS Krankenversicherungsrecht. 31. März 2023. Universität Luzern in Kooperation mit dem Zentrum für Haftpflicht- Privat- und Sozialversicherungsrecht (HAVE).
- Schmid, Christian P.R.** «Kostenbeteiligung und Besondere Versicherungsformen.» CAS Krankenversicherungsrecht. 31. März 2023. Universität Luzern in Kooperation mit dem Zentrum für Haftpflicht- Privat- und Sozialversicherungsrecht (HAVE).

TEAM

CHRISTIAN P.R. SCHMID

Leiter CSS Institut



Christian Schmid arbeitet seit 2015 im CSS Institut, zuerst als wissenschaftlicher Mitarbeiter und seit Oktober 2020 als Institutsleiter. Er ist zudem Privatdozent an der Universität Bern, an der er 2014 auch seinen Doktor in Ökonomie erworben hat. In seiner Forschung beschäftigt er sich aktuell unter anderem mit der Kostenbeteiligung, dem Medikamentenmarkt und den Prämienverbilligungen.

LINN HJALMARSSON

Externe Doktorandin



Linn Hjalmarsson ist seit Juli 2020 als externe Doktorandin im CSS Institut integriert. Ihr Doktorat in Ökonomie absolviert sie an der Universität Bern, wo sie zudem als wissenschaftliche Assistentin tätig ist. In ihrer Forschung beschäftigt sie sich aktuell mit der Übergabe von Arztpraxen, der Generikasubstitution und der Reaktion von Individuen auf Anreize und Kostenstrukturen im Gesundheitssystem.

NICOLAS SCHREINER

Wissenschaftlicher
Projektleiter



Nicolas Schreiner arbeitet seit 2021 als wissenschaftlicher Projektleiter im CSS Institut. Zuvor war er am Lehrstuhl für politische Ökonomie an der Universität Basel tätig, wo er 2020 sein Doktorat in Ökonomie abgeschlossen hat. In seiner Forschung beschäftigt er sich aktuell mit der Rolle von Patienteninformation und den Auswirkungen der Kostenbeteiligung auf die Gesundheitsnachfrage.

CAROLINE CHUARD

Wissenschaftliche
Projektleiterin



Caroline Chuard arbeitet seit 2023 als wissenschaftliche Projektleiterin im CSS Institut. Zuvor war sie als Postdoc am Schweizerischen Institut für empirische Wirtschaftsforschung an der Universität St. Gallen tätig und doktorierte an der Universität Zürich in Ökonomie. Sie forscht über Gesundheit und Familienökonomie, insbesondere im Bereich der frühkindlichen Entwicklung und dem Wohlbefinden von Müttern.

Das CSS Institut für Empirische Gesundheitsökonomie (kurz CSS Institut) wurde 2007 von der CSS Versicherung AG ins Leben gerufen. Das CSS Institut dient der wissenschaftlichen Forschung und Lehre im Bereich der angewandten Gesundheitsökonomie. Es erstellt, diskutiert und publiziert empirische Analysen zum Schweizer Gesundheitsmarkt und vermittelt allgemeines sowie erworbenes gesundheitsökonomisches Wissen. Ferner unterstützt es die universitäre Forschung im Bereich der Gesundheitsökonomie und führt an Hochschulen regelmässig eigene Lehrveranstaltungen durch. Das CSS Institut hat seinen Sitz in Luzern.



CSSINSTITUT
FORSCHUNG MIT WIRKUNG