

**B , S , S .**

VOLKSWIRTSCHAFTLICHE BERATUNG

---

# **Untersuchung über die Entwicklung der nichtbezahlten Krankenkassenprämien im Kanton Zürich**

**Schlussbericht**

Basel, den 14. Oktober 2015  
(revidiert am 21. Oktober 2015)

Untersuchung über die Entwicklung der nichtbezahlten Krankenkassenprämien im  
Kanton Zürich

Schlussbericht

zuhanden der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

Verantwortlich seitens Auftraggeber: Raimund Renggli

Projektleitung seitens Auftragnehmer: Miriam Frey

Projektbearbeitung: Miriam Frey, Harald Meier

B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, Steinenberg 5, CH-4051 Basel

Tel: 061-262 05 55, Fax: 061-262 05 57, E-Mail: [miriam.frey@bss-basel.ch](mailto:miriam.frey@bss-basel.ch)

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>ii</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>iii</b>
<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Einleitung und Ziel der Studie</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Methodik</b> .....	<b>7</b>
2.1. Wirkungsmodell.....	7
2.2. Analysekonzept.....	9
2.3. Datenquellen .....	15
<b>3. Relevanz der Thematik</b> .....	<b>15</b>
<b>4. Kosten und Nutzen einer Liste</b> .....	<b>20</b>
4.1. Kosten einer Liste .....	20
4.1.1. Direkte Kosten .....	20
4.1.2. Indirekte Kosten .....	28
4.2. Nutzen einer Liste.....	34
4.3. Zwischenfazit.....	48
<b>5. Säumige Prämienzahler auf der Liste</b> .....	<b>50</b>
<b>6. Synthese und Fazit</b> .....	<b>56</b>
<b>Literatur</b> .....	<b>58</b>
<b>Anhang I: Fachgespräche</b> .....	<b>60</b>
<b>Anhang II: Sozialhilfequoten</b> .....	<b>61</b>
<b>Anhang III: Methodik</b> .....	<b>62</b>
<b>Anhang IV: Ergänzende Analysen</b> .....	<b>64</b>

Der besseren Lesbarkeit halber wird jeweils die männliche Form verwendet, gemeint sind damit beide Geschlechter.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Wirkungsmodell .....	8
Abbildung 2	Liste der säumigen Prämienzahler, Übersicht .....	11
Abbildung 3	Zahlungen Kanton ZH für ausstehende OKP-Forderungen .....	16
Abbildung 4	Zahlungen für ausstehende OKP-Forderungen, 2014 .....	16
Abbildung 5	Versicherte mit ausstehenden OKP-Forderungen, 2014 .....	17
Abbildung 6	Versicherte mit Betreuung von Prämien, Schweiz .....	18
Abbildung 7	Mahnungen, Entwicklung Schweiz .....	36
Abbildung 8	Betreibungen, Entwicklung Schweiz .....	41
Abbildung 9	Verlustscheine, Entwicklung Schweiz .....	44
Abbildung 10	Säumige Prämienzahler nach Alter .....	51
Abbildung 11	Darstellung der Difference-in-Differences Methode .....	62
Abbildung 12	Betreibungen / Prämienvolumen TG, Versicherer 1 .....	66
Abbildung 13	Betreibungen / Prämienvolumen TG, Versicherer 2 .....	66
Abbildung 14	Betreibungen / Prämienvolumen TG, Versicherer 3 .....	67
Abbildung 15	Verlustscheine / Prämienvolumen TG, Versicherer 1 .....	67
Abbildung 16	Verlustscheine / Prämienvolumen TG, Versicherer 2 .....	68
Abbildung 17	Verlustscheine / Prämienvolumen TG, Versicherer 3 .....	68

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Vergleichskantone für die Datenanalyse .....	11
Tabelle 2	Administrativer Aufwand Kantone .....	20
Tabelle 3	Administrativer Aufwand Krankenversicherer .....	23
Tabelle 4	Kantonale gesetzliche Grundlagen, Notfalldefinition .....	29
Tabelle 5	Mahnungen / Prämien .....	37
Tabelle 6	Difference-in-Differences Mahnungen / Prämien .....	37
Tabelle 7	Mahnungen / Prämien, 2014 .....	40
Tabelle 8	Difference-in-Differences Mahnungen / Prämien, 2014 .....	40
Tabelle 9	Betreibungen / Prämien .....	42
Tabelle 10	Difference-in-Differences Betreibungen / Prämien.....	42
Tabelle 11	Betreibungen / Prämien, 2014 .....	43
Tabelle 12	Difference-in-Differences Betreibungen / Prämien, 2014.....	43
Tabelle 13	Verlustscheine / Prämien.....	45
Tabelle 14	Difference-in-Differences Verlustscheine / Prämien .....	45
Tabelle 15	Verlustscheine / Prämien, 2014.....	46
Tabelle 16	Difference-in-Differences Verlustscheine / Prämien, 2014 .....	46
Tabelle 17	Kosten und Nutzen im Überblick .....	49
Tabelle 18	Beurteilung der Kosten und Nutzen .....	49
Tabelle 19	Säumige Prämienzahler nach Alter, Liste SH .....	50
Tabelle 20	Säumige Prämienzahler nach Alter, Liste ZG .....	50
Tabelle 21	Säumige Prämienzahler nach Alter, Liste TG .....	51
Tabelle 22	Säumige Prämienzahler nach Geschlecht.....	52
Tabelle 23	Fluktuationen.....	53
Tabelle 24	Fachgespräche Kantone.....	60
Tabelle 25	Fachgespräche Krankenversicherer.....	60
Tabelle 26	Fachgespräche weitere Interviewpersonen.....	60
Tabelle 27	Entwicklung Sozialhilfequoten .....	61
Tabelle 28	Betreibungen / Versicherte.....	64
Tabelle 29	Difference-in-Differences Betreibungen / Versicherte .....	64
Tabelle 30	Betreibungen / Prämien, Versichertenbestand konstant.....	65
Tabelle 31	Difference-in-Differences Betreibungen / Prämien, Versichertenbestand konstant.....	65

## Zusammenfassung

### *Ausgangslage und Ziel*

Mit Inkrafttreten des revidierten Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) am 1.1.2012 wurde der Leistungsaufschub für säumige Prämienzahler auf gesamtschweizerischer Ebene abgeschafft. Wenn die Versicherten die Prämien nicht bezahlen können (d.h. wenn ein Verlustschein<sup>1</sup> vorliegt), muss der Kanton zudem neu 85% der Forderungen übernehmen. Die Kantone haben die Möglichkeit, Personen, die ihrer Prämienpflicht nicht nachkommen, auf einer sog. Liste der säumigen Prämienzahler zu erfassen (nachfolgend Liste genannt). Für diese gilt dann mit Ausnahme von Notfallbehandlungen ein Leistungsaufschub. Ziel der vorliegenden Studie ist eine Abschätzung darüber, ob sich die Einführung einer Liste im Kanton Zürich aus Kosten-Nutzen-Sicht lohnt.

### *Methodik*

Mittels Fachgesprächen mit Vertretern ausgewählter Kantone und Krankenversicherer wurden die Kosten einer Liste erhoben. Um den Nutzen zu bestimmen, haben wir für sechs Kantone – drei Kantone, die eine Liste eingeführt haben (im Folgenden „Kantone mit Liste“), und drei Kantone ohne Liste – eine statistische Analyse durchgeführt, einen sog. Doppelvergleich. Dabei wurde geprüft, ob sich die Zahlungsmoral der Versicherten in den drei Vergleichskantonen *mit* Liste besser entwickelt hat als in den drei Vergleichskantonen *ohne* Liste. Für die Auswertung standen Daten von vier grossen Krankenversicherern zur Verfügung.

### *Relevanz der Prämienausstände*

Im Jahr 2014 beliefen sich die Zahlungen des Kantons Zürich für ausstehende Forderungen aus der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) auf knapp 38 Mio. CHF. Die Prämienausstände entwickelten sich in der Vergangenheit schwankend, in den letzten Jahren allerdings tendenziell zunehmend. Etwa 1.4% der Versicherten sind aktuell davon betroffen. Im interkantonalen Vergleich liegt der Kanton Zürich gemessen am Anteil Prämienausstände am Prämien Soll im Mittelfeld. Im Vergleich zu den Zahlungsrückständen in den Bereichen Miete und Wasser / Strom liegen diejenigen bei Krankenkassen schweizweit etwas höher, jedoch unter denjenigen bei Steuern.

---

<sup>1</sup> Verlustscheine resultieren aus erfolglos betriebenen Forderungen.

### *Kosten einer Liste*

Die Kosten einer Liste lassen sich in direkte und indirekte Kosten unterteilen. Direkte Kosten beziehen sich auf den administrativen Aufwand der Einführung und des Betriebs einer Liste. Indirekte Kosten bezeichnen Kosten, welche aufgrund von nicht-beabsichtigten Wirkungen anfallen.

*Direkte Kosten:* Der Kanton Zürich müsste bei Einführung einer Liste mit einem Initialaufwand von 200'000 bis 600'000 CHF sowie jährlichen Aufwänden von 850'000 bis 1.8 Mio. CHF rechnen.<sup>2</sup> Kostenintensiv an der Liste ist insbesondere die Notwendigkeit, diese aktuell zu halten. Die Schwierigkeit dabei: Es sind sowohl der Kanton (welcher die Personen auf der Liste erfasst) als auch die Krankenversicherer (welche den Leistungsaufschub verfügen resp. auch wieder aufheben) in den Prozess involviert. Damit verbunden sind Anforderungen an Kommunikation und Koordination, welche Aufwände verursachen. Für die Krankenversicherer fallen ebenfalls Kosten für die Bewirtschaftung der Liste an. Einen grossen Kostenfaktor stellen dabei die kantonal unterschiedlichen Anforderungen an die Meldung von Zahlungsausständen dar (Zeitpunkt und Umfang).

*Indirekte Kosten:* Indirekte Kosten entstehen aus dem Anreiz für die auf einer Liste erfassten Personen, mehr Notfallbehandlungen zu beziehen (da diese nicht vom Leistungsaufschub betroffen sind) sowie aus möglichen Verlagerungseffekten hin zu Sozialhilfeleistungen (da Sozialhilfebezüger i.d.R. vom Leistungsaufschub ausgenommen werden). Weitere Kosten, welche schwer beurteilbar und kaum quantifizierbar sind, können aufgrund von spät behandelten Gesundheitsproblemen resultieren.

### *Nutzen einer Liste*

Als Nutzen einer Liste erhoffen sich die Kantone, dass die Zahlungsmoral der Versicherten steigt und die Prämienausstände (resp. in der Folge auch die Kosten der Kantone für die Verlustscheinübernahme) sinken. Wir analysieren daher, ob eine Liste säumiger Prämienzahler die Zahlungsmoral der Versicherten zu verbessern vermag. Als Indikator für die Zahlungsmoral verwenden wir die Summe der Mahnungen, Betreibungen und Verlustscheine (jeweils im Verhältnis zum Prämienvolumen).

---

<sup>2</sup> Dazu kommen ggf. Kosten für ein allfälliges Case Management zur Unterstützung von Personen in finanziellen Schwierigkeiten. Dieser Aufwand hängt von der Intensität des Case Managements ab. Eine ganz grobe Schätzung auf Basis von drei Gemeinden im Kanton Thurgau ergibt 2 bis 4 CHF pro Einwohner, d.h. zwischen 3 und 6 Mio. CHF pro Jahr für den Kanton Zürich.

Die Datenauswertungen zeigen nicht auf, dass sich die Zahlungsmoral der Versicherten in den Kantonen mit Liste besser entwickelt als in den Vergleichskantonen ohne Liste. Im Ergebnis kann die Datenanalyse den Nutzen der Liste somit *nicht* nachweisen:

- Die Unterschiede in der Entwicklung der Zahlungsmoral zwischen Kantonen mit Liste und Kantonen ohne Liste sind statistisch nicht signifikant, d.h. es kann nicht mit genügend hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass die beobachteten Unterschiede auf Zufälligkeiten beruhen.
- Die Unterschiede in der Entwicklung der Zahlungsmoral zwischen Kantonen mit Liste und Kantonen ohne Liste sind – im Vergleich zu den Schwankungen zwischen den Jahren wie auch zwischen den Krankenversicherern – gering.
- Je nach Auswertung (d.h. abhängig davon, welcher Indikator und welcher Krankenversicherer betrachtet wird) weisen Kantone ohne Liste teilweise sogar die bessere Entwicklung der Zahlungsmoral auf als Kantone mit Liste.

Auch wenn der Beobachtungszeitraum noch relativ kurz ist, müsste ein substantieller Effekt u.E. in den Daten sichtbar sein. Von den Kantonen und den Krankenversicherern wird der Nutzen teilweise ebenfalls skeptisch beurteilt.

### *Schlussfolgerungen*

Die Datenauswertungen zeigen keine gesicherte Evidenz für eine bessere Entwicklung der Prämienausstände in Kantonen mit Liste im Vergleich zu Kantonen ohne Liste. Der Grund liegt u.E. im Konstrukt der Liste. Dies kann am besten erläutert werden, wenn man die Wirkung der Liste nach Personengruppen differenziert darstellt:

*Personen, die ihre Prämien bezahlen können:* Bei Personen, die ihre Prämien zum Zeitpunkt der Betreuung bezahlen können, resultieren für den Kanton keine Kosten (ob mit oder ohne Liste), da die Prämienausstände im Laufe der Betreuung beglichen werden. Der Kanton würde nichts sparen, wenn die Personen früher bezahlen (da kein Verlustschein resultiert und auch die Betreuungskosten von den betriebenen Personen übernommen werden müssen).

*Personen, die ihre Prämien nicht bezahlen können:* Bei Personen, die ihre Prämien zum Zeitpunkt der Betreuung nicht bezahlen können, resultiert ein Verlustschein, wovon der Kanton 85% übernimmt. Daran würde die Liste nur etwas ändern, wenn sie präventiv in dem Sinne wirkt, dass einkommensschwache Personen der Beglei-



chung von Prämienforderungen einen höheren Stellenwert einräumen und ihr Einkommen für die Prämienzahlung anstelle anderer Ausgaben verwenden. Ein solcher Effekt wird von den Interviewpersonen jedoch skeptisch beurteilt (beispielsweise aufgrund der zu geringen Bekanntheit der Liste bei den betroffenen Personen). Des Weiteren haben bereits auf der Liste erfasste Personen keinen Anreiz, ihre Prämien zu bezahlen, sofern sie nicht in der Lage sind, auch ihre (früheren) Schulden zu begleichen. Begründung: Sie sind sowieso bereits von einem Leistungsaufschub betroffen.

In den Beratungen zur Revision des KVG wurde betont, dass zahlungsunwillige – nicht zahlungsunfähige – Personen durch die Liste getroffen werden sollen. Die Kantone setzen dies oftmals mit der Regelung um, dass Bezüger von Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe von der Liste ausgenommen werden. Damit kann allerdings u.E. nicht gewährleistet werden, dass zahlungsunfähige Personen nicht sanktioniert werden. Ein Beispiel: Aufgrund der Tatsache, dass Studien eine Nichtbezugsquote im Bereich Sozialhilfe von 45 bis 86% schätzen, ist davon auszugehen, dass eine substantielle Anzahl zahlungsunfähiger Personen keine Unterstützung bezieht und daher auf einer Liste erfasst wird.

Aufgrund der vorliegenden Analyse muss das Kosten-Nutzen-Verhältnis einer Liste somit skeptisch beurteilt werden. Denn während sicherlich Kosten generiert werden, kann ein Nutzen nicht belegt werden.

## 1. Einleitung und Ziel der Studie

Mit Inkrafttreten der Änderung von Art. 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) am 1.1.2012 wurde der Leistungsaufschub für säumige Prämienzahler auf gesamtschweizerischer Ebene abgeschafft. Die Kantone haben aber die Möglichkeit, eine sog. Liste der säumigen Prämienzahler einzuführen (nachfolgend Liste genannt), für welche ein Leistungsaufschub gilt (Art. 64a, Abs. 7 KVG):

„Die Kantone können versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen, welche nur den Leistungserbringern, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist. Die Versicherer schieben für diese Versicherten auf Meldung des Kantons die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf und erstatten der zuständigen kantonalen Behörde Meldung über den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen.“

Der Kanton Zürich hat beschlossen, auf eine solche Liste zu verzichten.<sup>3</sup> Allerdings wurde festgelegt, diesen Entscheid auf Grundlage eines bis Ende 2015 zu erstellenden Berichts nochmals zu diskutieren. Die vorliegende Untersuchung liefert die Grundlagen dazu. Die Studie soll analysieren, ob sich das Zahlungsverhalten der Prämienzahler durch eine Liste verbessert. Gleichzeitig werden die Kosten einer solchen Massnahme grob geschätzt. Diese Fragestellung ist für den Kanton aus folgendem Grund relevant: Alle Personen in der Schweiz erhalten einen Versicherungsschutz nach KVG. Als Gegenleistung werden Prämien bezahlt. Wenn die Versicherten dazu nicht in der Lage sind (d.h. wenn ein Verlustschein<sup>4</sup> vorliegt), muss der Kanton 85% der Forderungen übernehmen.

Die vorliegende Studie wäre ohne die engagierte Mitwirkung zahlreicher Personen nicht möglich gewesen. Unser Dank gilt zunächst den Versicherungen Assura, CSS, Groupe Mutuel, Helsana und SWICA, welche Daten zur Verfügung gestellt und uns bei deren Interpretation unterstützt haben. Ihre Mitwirkung war für die vorliegende Studie von unschätzbare Bedeutung. Weiter danken wir den teilnehmenden Fachpersonen aus den Kantonen Graubünden, Luzern, Schaffhausen, St. Gallen, Thurgau und Zug sowie weiteren Institutionen, die uns im Rahmen von vertieften Gesprächen an ihrem Fachwissen teilhaben liessen, ebenso wie der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich für die konstruktive Zusammenarbeit.

---

<sup>3</sup> Zu den Gründen hierzu vgl. Kanton Zürich (2011).

<sup>4</sup> Verlustscheine resultieren aus erfolglos betriebenen Forderungen.

*Änderung von Art. 64a KVG:<sup>5</sup>*

	Alte Regelung (bis Ende 2011)	Neue Regelung (ab 2012)
Gab/Gibt es einen Leistungsaufschub bei säumigen Prämienzahlern?	Ja. Aber: Einige Kantone hatten Sondervereinbarungen mit Versicherern, so dass auf den Leistungsaufschub verzichtet wurde.  Der Kanton Zürich kannte keine Sondervereinbarungen.	Je nach Kanton unterschiedlich. Die Kantone können versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen. Für diese gilt dann ein Leistungsaufschub.  Der Kanton Zürich hat keine solche Liste.
Wann begann/beginnt der Leistungsaufschub?	Nach Mahnung und Stellung eines Fortsetzungsbegehrens im Betreibungsverfahren	Je nach Kanton unterschiedlich (frühestens ab Einleitung des Betreibungsverfahrens).
Wer wurde/wird über den Leistungsaufschub informiert?	Kantone (vorbehalten blieb die Meldung an weitere Stellen, Leistungserbringer hatten jedoch keinen Zugriff auf die Information)  Ausnahme: Der Kanton TG kannte bereits in der alten Regelung eine Liste mit säumigen Prämienzahlern, welche von den Leistungserbringern eingesehen werden konnte.	Die Listen sind den Leistungserbringern, den Gemeinden und dem Kanton zugänglich.
Wer bezahlt/e die Verlustscheine?	Je nach Kanton unterschiedlich.  Der Kanton Zürich übernahm 100% der Prämie.	85% der Forderungen (Prämien und Kostenbeteiligungen) werden vom Kanton resp. den Gemeinden übernommen.

Quelle: Eigene Zusammenstellung auf Basis des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (Stand am 1. Januar 2011 und am 1. Juli 2013) und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 (Stand am 1. Januar 2011).

<sup>5</sup> Im Rahmen der Gesetzesrevision wurden noch weitere Änderungen vorgenommen. Diese sind für die vorliegende Studie allerdings nicht relevant und werden daher nicht aufgeführt.

## 2. Methodik

### 2.1. Wirkungsmodell

Die vorliegende Studie soll die Frage beantworten, welchen Einfluss eine Liste der säumigen Prämienzahler auf die Zahlungsmoral der Versicherten hat. Eine Liste kann die Zahlungsmoral theoretisch in zweierlei Hinsicht beeinflussen:

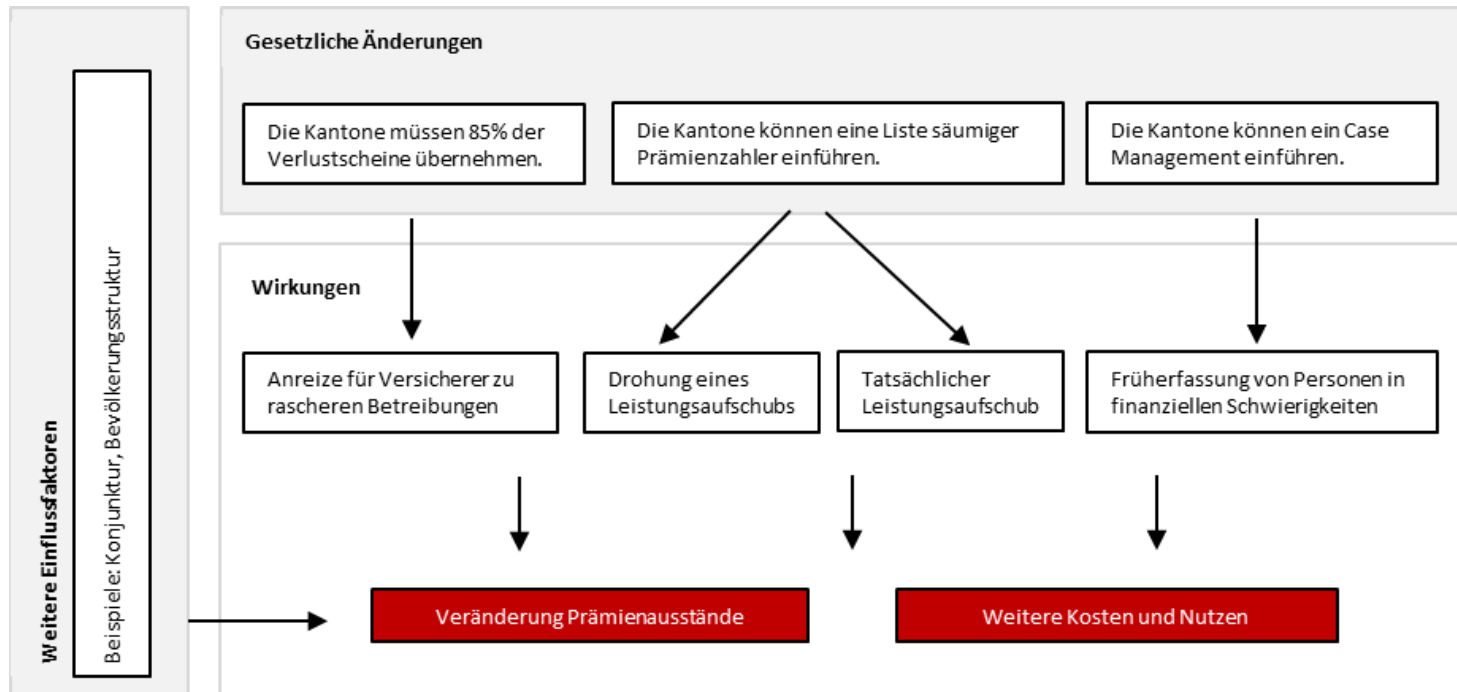
- These 1: Die „Drohung“ einer möglichen Leistungsstrierung bringt die Versicherten dazu, ihre Prämien schneller / zu einem höheren Anteil zu bezahlen.
- These 2: Der tatsächliche Leistungsaufschub bringt die Versicherten dazu, ihre Prämienausstände schneller / zu einem höheren Anteil zu begleichen.

Die Prämienausstände werden aber nicht nur von dem Vorhandensein einer Liste beeinflusst, sondern auch von anderen Faktoren:

- Gesetzliche Änderungen:
  - Neue Regelung der Verlustscheinübernahme (neu übernehmen Kanton oder Gemeinden 85% der Verlustscheine, früher beteiligten sich nicht alle Kantone an den Verlustscheinen → Anreiz für Versicherer zu schnelleren Betreibungen und damit Erhöhung der Verlustscheine)
  - Einführung eines Case Managements (Früherfassung von Personen in finanziellen Schwierigkeiten → Reduktion der Verlustscheine)
- Allgemeine Zahlungsmoral
- Prämienentwicklung
- Bevölkerungsentwicklung
- Bevölkerungsstruktur
- Urbanität
- Wirtschaftliche Entwicklung / Konjunktur

Nachfolgendes Wirkungsmodell stellt die postulierten Zusammenhänge grafisch dar.

Abbildung 1 Wirkungsmodell



Anmerkung: Das Case Management kann unabhängig von der Existenz einer Liste eingeführt werden: „Der Kanton kann verlangen, dass der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde die Schuldnerinnen und Schuldner, die betrieben werden, bekannt gibt.“ (Art. 64a, Abs. 2, KVG). Daher untersuchen wir die Wirkung eines Case Managements in der vorliegenden Analyse nicht im Speziellen.

## 2.2. Analysekonzept

Die Studie analysiert, ob sich die Einführung einer Liste aus Kosten-Nutzen-Überlegungen des Kantons lohnen würde. Zur Kostenseite zählen einerseits die direkten administrativen Aufwendungen einer Liste und zum anderen allfällige weitere nicht-intendierte Effekte einer Liste. Auf der Nutzenseite gilt es, die in Abschnitt 2.1. aufgeführten Thesen zu prüfen (Wirkung der Liste auf die Zahlungsmoral).

### *Indikatoren für die Zahlungsmoral*

Zur Analyse der Zahlungsmoral sind drei Indikatoren denkbar: Mahnungen, Beteiligungen und Verlustscheine. Die Verlustscheine sind für den Kanton (resp. die Gemeinden) am entscheidendsten, da die Forderungen der Krankenversicherer erst nach einer erfolglosen Beteiligung kostenrelevant für sie werden. Die Entwicklung der Verlustscheine ist jedoch aus folgenden Gründen schwierig zu interpretieren:

- Die Gemeinden beeinflussen in gewissen Kantonen die Entwicklung der Verlustscheine. Beispiel Kanton Zug: Die Gemeinden können die ausstehenden Forderungen nach Einleitung des Beteiligungsverfahrens übernehmen, müssen dies jedoch nicht tun. Die resultierenden Verlustscheine hängen somit von der Handhabung in den Gemeinden ab.
- Die Entwicklung der Verlustscheine ist abhängig vom Zeitpunkt des Leistungsaufschubs. Tritt dieser bei Anhebung der Beteiligung in Kraft, ist der Versicherte bereits vor Vorliegen des Verlustscheins mit einer Leistungssistierung konfrontiert.
- Wenn gleichzeitig mit der Liste ein Case Management eingeführt wurde, kann dieses die Entwicklung der Verlustscheine unabhängig von der Wirkung der Liste möglicherweise ebenfalls reduzieren. Die Effekte können nur schwer voneinander separiert werden. Dabei ist nicht nur relevant, ob es ein Case Management gibt, sondern auch wie intensiv dieses durchgeführt wird.
- In den Daten sind oftmals auch Forderungen früherer Jahre enthalten. Der Kanton Zürich schätzt beispielsweise, dass im Jahr 2012 rund 75% der Forderungen aus 2011 oder früher stammen. Für die anderen Kantone ist uns dieser Anteil nicht bekannt. Aufgrund des relativ geringen Betrachtungszeitraums kann die zeitliche Verzögerung problematisch sein und ggf. auch die Vergleichbarkeit zwischen den Kantonen vermindern.

Die Analyse der Verlustscheine wird aus diesen Gründen Verzerrungen aufweisen, welche nicht vollständig bereinigt werden können. Wir werden daher die „vorgelagerten“ Indikatoren Betreibungen und Mahnungen ebenfalls einbeziehen, wofür auch ein inhaltlicher Grund spricht: Der Versicherte hat nach Einleitung der Betreuung wenig Einfluss darauf, welche Forderungen wann beglichen werden. Denn im Rahmen der Betreuung werden Prämien- und Kostenbeteiligungsforderungen der sozialen Krankenversicherung grundsätzlich in zweiter Klasse befriedigt (vgl. Art. 219 SchKG).

Doch auch die Entwicklung der Betreibungen und Mahnungen ist nicht frei von möglichen Verzerrungen. Die wichtigste Einschränkung ist folgende: Die Krankenversicherer haben ihr Verhalten möglicherweise angepasst. Für den von uns verwendeten Ansatz (vgl. Abschnitt 4.2. ) sollte dies allerdings kein Problem darstellen, sofern die Anpassungen für die gesamte Schweiz erfolgen.

Die Indikatoren werden differenziert nach Kantonen mit und ohne Liste sowie im zeitlichen Verlauf abgebildet. Nachfolgender Abschnitt zeigt auf, welche Kantone wir für den Vergleich analysieren werden (sog. Vergleichskantone).

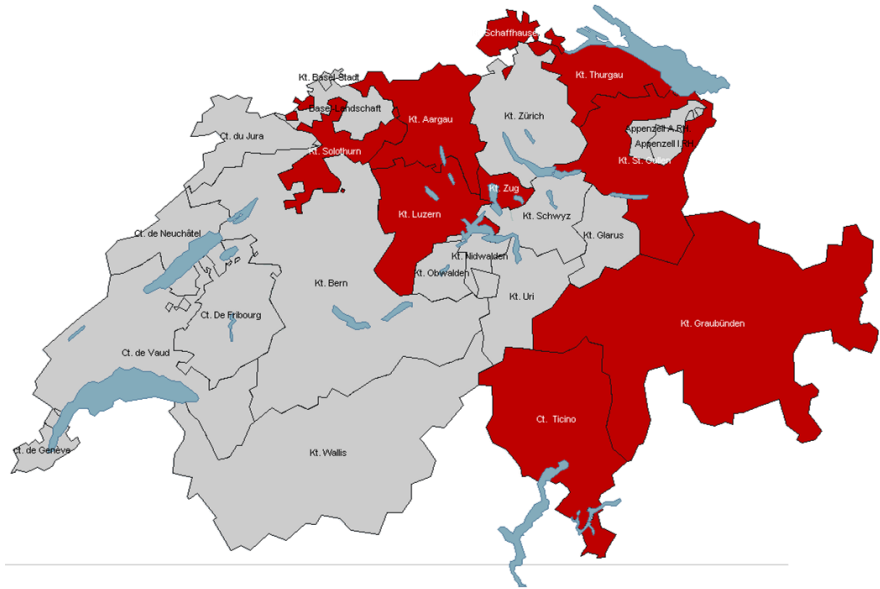
#### *Vergleichskantone*

Aktuell kennen neun Kantone eine Liste der säumigen Prämienzahler:

- Thurgau (seit Herbst 2007)
- Tessin (seit 1.1.2012)
- Zug (seit 1.1.2012)
- Solothurn (seit 1.1.2012 in Kraft, Liste seit Ende 2012 aufgeschaltet)
- Schaffhausen (seit Juni 2012)
- Luzern (seit 1.10.2012)
- Graubünden (seit 1.1.2014)
- Aargau (seit 1.7.2014)
- St. Gallen (seit 1.1.2015)

Für die Datenanalyse werden folgende Kantone berücksichtigt: Thurgau, Luzern, Schaffhausen, Zug, St. Gallen, Bern und Zürich. Ergänzend führten wir mit dem Kanton Graubünden ein Fachgespräch.

Abbildung 2 Liste der säumigen Prämienzahler, Übersicht



Quelle: GDK (Stand: 1.1.2015), Legende: grau = keine Liste, rot = Liste

Tabelle 1 Vergleichskantone für die Datenanalyse

Kanton	Einführung Liste	Gründe für die Auswahl
LU	1.10.2012	Grosser Kanton, Stadt-Land-Struktur, 3 Prämienregionen, wie ZH keine Sondervereinbarungen mit Versicherern vor 2012 <sup>6</sup>
SH	1.6.2012	2 Prämienregionen, wie ZH keine Sondervereinbarungen mit Versicherern vor 2012
ZG	1.1.2012	wie ZH keine Sondervereinbarungen mit Versicherern vor 2012
TG	Herbst 2007	Vorreiterfunktion bezüglich einer Liste der säumigen Prämienzahler, wie ZH keine Sondervereinbarungen mit Versicherern vor 2012
BE	Keine Liste	Grosser Kanton, Stadt-Land-Struktur, wie ZH keine Sondervereinbarungen mit Versicherern vor 2012
SG	1.1.2015	Grosser Kanton, Stadt-Land-Struktur, wie ZH keine Sondervereinbarungen mit Versicherern vor 2012
ZH	Keine Liste	-

<sup>6</sup> „Garantiert der Kanton die Übernahme oder die pauschale Abgeltung uneinbringlicher Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten, so kann er mit einem oder mit mehreren Versicherern vereinbaren, unter welchen Voraussetzungen die Versicherer auf den Aufschub der Übernahme der Kosten verzichten.“ (Art. 105c, Abs. 6 KVV, Stand am 1. Januar 2011). Beispiel: Basel-Stadt bezahlte 0.75% des Prämienvolumens und 75% des Prämienverlusts. Die Krankenkassen verzichteten dafür auf einen Leistungsaufschub. Zürich konnte keine solchen Vereinbarungen.



*Einschub: Ausgestaltung der Liste in den Kantonen*

Einige Kantone haben bereits eine Liste der säumigen Prämienzahler eingeführt, andere nicht. Betrachtet man die Ausgestaltung der Liste etwas näher, ist die Gruppe der Kantone mit Liste deutlich heterogener als man auf den ersten Blick vermuten könnte. Ein Beispiel: Während säumige Prämienzahler bei Vorliegen eines Verlustscheins im Kanton St. Gallen von der Liste gelöscht werden, werden sie in Schaffhausen erst dann auf der Liste erfasst. Nachfolgend wird die Ausgestaltung der Liste bei den Vergleichskantonen kurz dargestellt.

*Luzern:* Die Krankenversicherer melden die betriebenen Versicherten der kantonalen Durchführungsstelle (STAPUK) anlässlich der Betreuungseinleitung. Danach klären die STAPUK und die Sozialämter der Gemeinden ab, ob Ausnahmen vorliegen (Bezüger von Ergänzungsleistungen (EL), Sozialhilfe, Mutterschaftsbeihilfen oder Minderjährige). Falls nicht, verfügt die STAPUK den Listeneintrag und in der Folge die Krankenversicherer den Leistungsaufschub.

*Schaffhausen:* Die Krankenversicherer melden dem Kanton die Schuldner mit Verlustschein. Der Kanton klärt zusammen mit den Gemeinden ab, ob die Personen Sozialhilfe, Erwerbsersatzleistungen für Alleinerziehende oder EL beziehen resp. dazu berechtigt sind. Ist dies nicht der Fall, kommen die Personen auf die Liste (Ausnahme: Minderjährige). Der Kanton informiert die Krankenversicherer, die Versicherten und die Gemeinden. Der Leistungsaufschub beginnt. Anmerkung: Die Krankenversicherer melden bereits die Stellung des Fortsetzungsbegehrens während der Betreuung, worauf die Gemeinden abklären können (aber nicht müssen), ob ein Anspruch auf Sozialhilfe besteht.

*Zug:* Die Krankenversicherer melden der Durchführungsstelle nach Einleitung des Betreibungsverfahrens die Schuldner. Diese leitet die Information an die Gemeinden weiter, welche die Forderungen zu 100% übernehmen können. Falls dies nicht geschieht, setzt der Krankenversicherer die Betreuung fort und meldet der Durchführungsstelle die Schuldner mit einem Verlustschein. Diese leitet die Information an die Gemeinden weiter, welche 85% der Forderungen übernehmen und die Aufnahme auf die Liste verfügen. Der Leistungsaufschub beginnt (Ausnahme: Minderjährige). Anmerkung: Bezüger von EL und Sozialhilfe sind nicht grundsätzlich vom Leistungsaufschub ausgenommen, i.d.R. werden jedoch Ausstände für diese Personen von den Gemeinden beglichen, um einen Listeneintrag zu verhindern.

*Thurgau:* Die Krankenversicherer melden die Schuldner bei Anhebung der Betreuung. Nach Eingang der Meldung erfolgen der Eintrag in den Datenpool (Liste), der Beginn des Leistungsaufschubs und die Einbindung in ein Case Management. Zuständig dafür sind die Gemeinden, welche auch die Verlustscheine bezahlen. Anmerkung: Nur Personen, mit denen sich keine Lösung finden lässt, werden auf der Liste erfasst, bei den anderen übernehmen die Gemeinden die Prämienausstände und vereinbaren mit den Personen individuelle Rückzahlungen.

*St. Gallen:* Die Krankenversicherer melden die betriebenen Schuldner der kantonalen Durchführungsstelle (SVA) vor dem Fortsetzungsbegehren (d.h. wenn die Voraussetzungen für das Fortsetzungsbegehren erfüllt sind, dieses aber noch nicht eingeleitet ist). Die SVA resp. die Sozialämter klären ab, ob es sich um Bezüger von EL resp. Sozialhilfe handelt. In diesen Fällen wird die Betreuung nicht fortgesetzt. Bei allen anderen wird eine Leistungssistierung durch die Krankenversicherer verfügt (Ausnahme: Minderjährige). Die Gemeinden können ein Case Management betreiben. Sobald der Kanton bei Vorliegen eines Verlustscheins 85% übernommen hat, erfolgt die Aufhebung der Leistungssistierung.

*Graubünden:* Die Krankenversicherer melden die betriebenen Schuldner binnen 30 Tagen nach Einreichung des Fortsetzungsbegehrens oder Feststellung der Unmöglichkeit der Zustellung des Zahlungsbefehls an die SVA. Die Krankenversicherer können *nach* Einreichen des Betreibungsbegehrens, aber *vor* dem Fortsetzungsbegehren die Übernahme der Forderungen durch den Kanton prüfen lassen. Die SVA klärt ab, ob für die Versicherten ein Verlustschein ausgestellt wurde, ob sie Unterstützungshilfe (Sozialhilfe), EL oder Mutterschaftsbeiträge erhalten und ob ihre massgebenden Prämien vollumfänglich verbilligt werden. Falls nicht, trägt die SVA die Versicherten in die Liste ein und der Leistungsaufschub beginnt.

Nachfolgend aufgeführt ist ein Überblick zur Ausgestaltung der Liste in den Kantonen sowie über die Anzahl der auf der Liste erfassten Personen. Zu beachten: Die Anzahl Personen hängt auch mit dem Zeitpunkt der Erfassung zusammen. So weisen Kantone, welche bei Anhebung der Betreuung die Personen erfassen (LU, TG), erwartungsgemäss höhere Anteile auf als Kantone, bei welchen zunächst ein Verlustschein vorliegen muss (SH, ZG).

	Meldung / Beginn Leistungssistierung	Ende Leistungs-sistierung	Ausnahmen	Case Ma-nagement
LU	Anhebung der Betreuung	Bezahlung der Ausstände	Bezüger von EL, Sozialhilfe, Mutterschaftsbei-hilfen; Minderjährige	Fakultativ
SH	Vorliegen des Verlustscheins	Bezahlung der Ausstände	Bezüger von Sozialhilfe, Erwerbsersatzleistungen für Alleinerziehende oder EL; Minderjährige	Fakultativ
ZG	Vorliegen des Verlustscheins	Bezahlung der Ausstände	Minderjährige (bei Bezü-ger von EL und Sozialhilfe übernehmen Ge-meinden i.d.R. die Aus-stände)	Ja
TG	Anhebung der Betreuung	Bezahlung der Ausstände oder individuelle Lösung mit Gemeinden	Keine	Ja
SG	Voraussetzungen für das Fortset-zungsbegehren sind erfüllt (aber es ist noch nicht gestellt)	Bezahlung der Ausstände oder Verlustschein	Bezüger EL und Sozialhilfe; Minderjährige	Fakultativ
GR	Einreichung Fort-setzungsbegehren oder Feststellung der Unmöglichkeit der Zustellung des Zahlungsbefehls	Bezahlung der Ausstände oder Verlustschein	Bezüger EL, Mutter-schaftsbeiträge, Sozialhilfe	Nein

	Personen auf der Liste (31.12.2014)	Anteil an allen Versicherten
LU	6106 Personen (5716 mit Leis-tungsaufschub, 390 pendent)	1.6% aller Versicherten
SH	226 Personen	0.3% aller Versicherten
ZG	124 Personen	0.1% aller Versicherten
TG	8030 Personen	3.1% aller Versicherten
SG	Liste Ende 2014 noch nicht in Kraft (Einführung: 1.1.2015)	Schätzung: zukünftig 3-5% aller Versicherten
GR	639 Personen (zu beachten: Liste erst seit 1.1.2014 in Kraft)	0.3% aller Versicherten

Quelle: Fachgespräche und BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2014

## 2.3. Datenquellen

Für die Studie wurden folgende Informations- und Datenquellen verwendet:

- Daten von Krankenversicherern zur Analyse der Entwicklung der Mahnungen, Betreibungen und Verlustscheine. Folgende Krankenversicherer stellten Daten für diese Auswertung zur Verfügung: CSS, Helsana, Assura, Groupe Mutuel. Gemeinsam decken diese vier Versicherergruppen etwa die Hälfte der Versicherten ab.
- Daten des Bundesamtes für Gesundheit zur Analyse der Entwicklung der Prämienausstände und für einen interkantonalen Vergleich
- Fachgespräche mit Kantonsvertretern, Krankenversicherern und weiteren Fachpersonen. In diesem Rahmen haben uns die befragten Personen teilweise auch Daten zur Verfügung gestellt. Die Interviewpersonen sind in Anhang I aufgeführt.
- Literatur und Dokumente zur Ausgestaltung und Wirkung der Liste säumiger Prämienzahler

## 3. Relevanz der Thematik

Bevor wir Kosten und Nutzen einer Liste im Detail analysieren, gilt es die Ausgangslage darzustellen: Wie ist die Problematik „Prämienausstände“ im Kanton Zürich einzuordnen? Wie gross ist die Dimension im Vergleich mit anderen Kantonen? Wie haben sich die Prämienausstände entwickelt?

### *Prämienausstände*

Im Jahr 2014 betragen die Zahlungen des Kantons Zürich für ausstehende Forderungen aus der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) knapp 38 Mio. CHF. Zum Vergleich: Für die Prämienverbilligung gab der Kanton im selben Jahr rund 708 Mio. CHF aus.<sup>7</sup> Die Prämienausstände entwickelten sich in der Vergangenheit schwankend, in den letzten Jahren allerdings tendenziell zunehmend.<sup>8</sup> Zu beachten ist, dass der Kanton Zürich bis 2011 die Prämienausstände zu 100% fi-

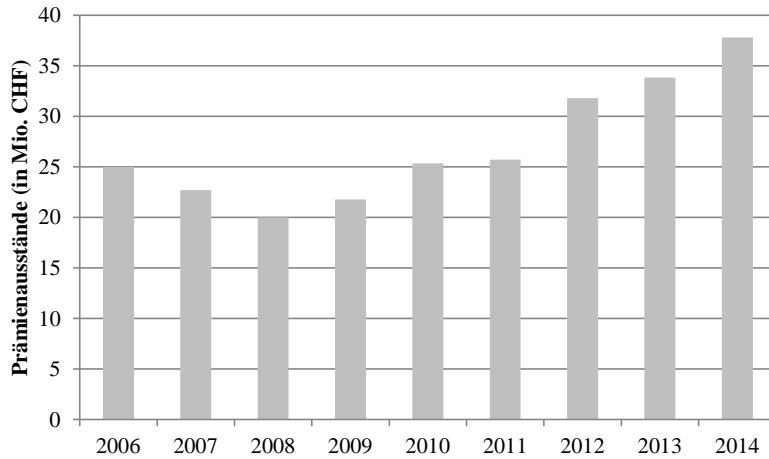
---

<sup>7</sup> Der Zusammenhang zwischen der Prämienverbilligung und den Zahlungen für Prämienausstände besteht insbesondere darin, dass die Entschädigungen für die Verlustscheine zulasten des Gesamtbetrags der Prämienverbilligung gehen. Vgl. Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz (EG KVG) vom 13. Juni 1999, Art. 18a.

<sup>8</sup> Diese Aussage gilt auch, wenn man anstelle der absoluten Zahlen die Ausgaben pro versicherte Person betrachtet.

nanziert hat, seit 2012 werden gemäss KVG 85% der ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen übernommen.

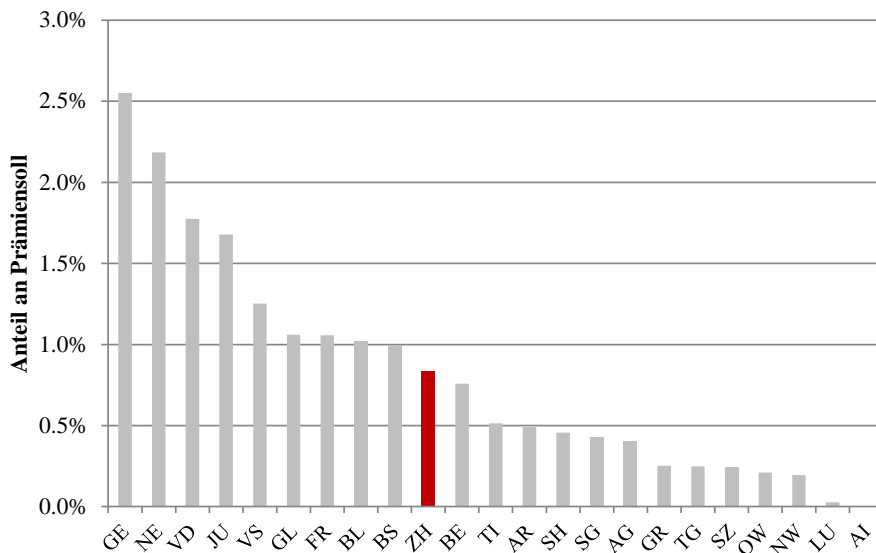
Abbildung 3 Zahlungen Kanton ZH für ausstehende OKP-Forderungen



Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, 2013 und 2014

Im interkantonalen Vergleich liegt der Kanton Zürich gemessen am Anteil Prämienausstände am Prämien Soll – dies erlaubt einen Vergleich unabhängig von Versichertenbestand und Prämienhöhe – im Mittelfeld (vgl. Abbildung 4). Zu beachten ist, dass dieser Vergleich nicht nach weiteren Einflussfaktoren bereinigt ist.

Abbildung 4 Zahlungen für ausstehende OKP-Forderungen, 2014

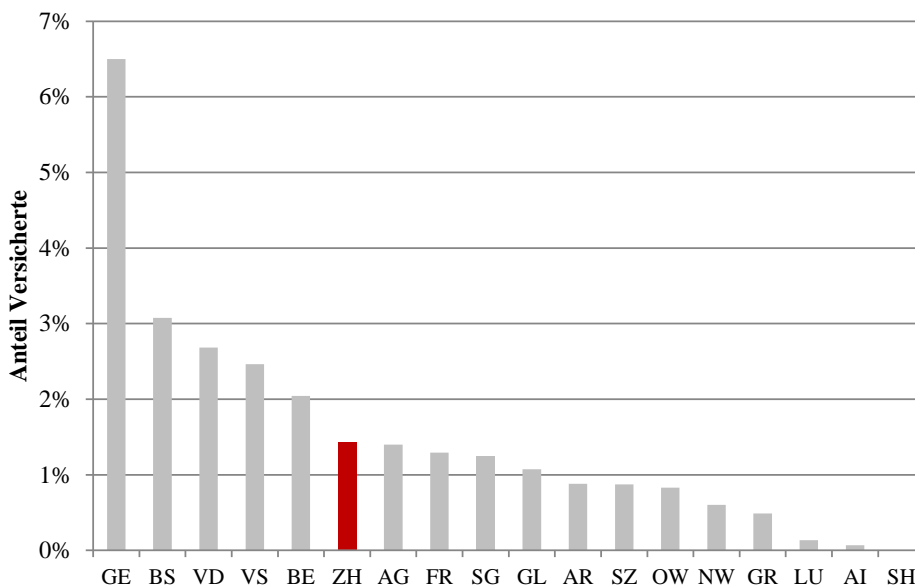


Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2014  
 Anmerkung: Für die Kantone UR, ZG und SO liegen keine Daten vor.

*Versicherte mit Prämienausständen*

Abbildung 5 stellt den Anteil der Versicherten mit ausstehenden OKP-Forderungen (= Versicherte, bei denen die Kantone Verlustscheinentschädigungen gemäss Art. 64a KVG übernommen haben) an allen Versicherten dar.<sup>9</sup>

Abbildung 5 Versicherte mit ausstehenden OKP-Forderungen, 2014



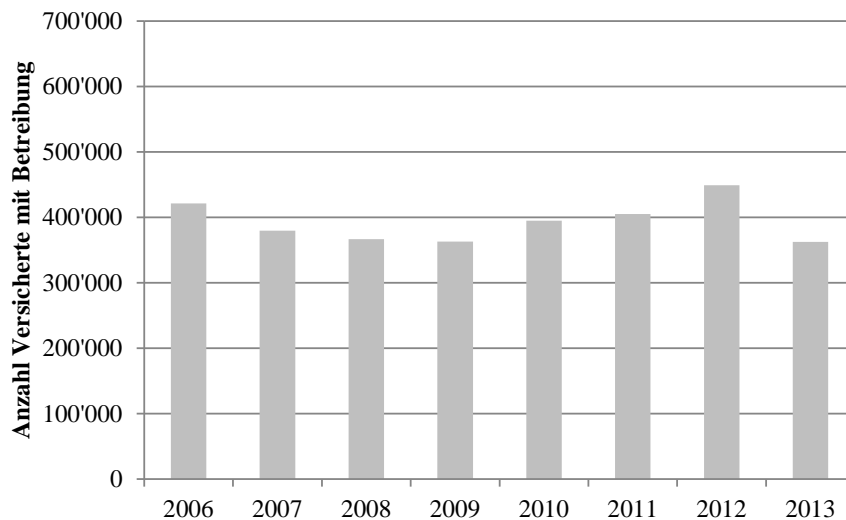
Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2014

Anmerkung: Für die Kantone UR, ZG, SO, BL, TG, TI, NE und JU liegen keine Daten vor.

Von einer Betreuung der Prämien waren 2013 in der gesamten Schweiz rund 360'000 Versicherte betroffen.<sup>10</sup> Im Vergleich zu früheren Jahren ist keine eindeutige Entwicklung feststellbar.

<sup>9</sup> Zu beachten ist, dass die Zahl der Versicherten mit ausstehenden OKP-Forderungen nicht mit der Anzahl Personen auf der Liste eines Kantons übereinstimmen muss. Begründung: Bei den Versicherten in Abbildung 5 liegen Verlustscheine vor, bei den Personen auf der Liste ist dies hingegen nicht zwingend (sondern hängt von der Ausgestaltung der Liste ab, vgl. Einschub in Kapitel 2.2. ).

<sup>10</sup> Die Zahlen für 2014 lagen zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch nicht vor.

Abbildung 6 *Versicherte mit Betreuung von Prämien, Schweiz*

Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2013

Anmerkungen: Hochgerechnete Zahlen. Nicht alle Betreibungen resultieren in Verlustscheinen.

#### *Zahlungsrückstände in anderen Bereichen*

Gemäss einer Erhebung des Bundesamtes für Statistik lebten im Jahr 2013 etwa 6.4% der Bevölkerung in einem Haushalt, der mindestens einmal die Krankenkassenprämien nicht rechtzeitig bezahlt hat.<sup>11</sup> Im Vergleich zu 2011 (4.1%) hat dieser Anteil zugenommen. Besonders häufig von Zahlungsrückständen betroffen sind:

- 18-24-Jährige (Anteil: 11.5%)
- Arbeitslose (Anteil: 16.1%)
- Ausländer (Anteil: 11.5%)
- Bewohner der französischsprachigen Schweiz (Anteil: 11.8%)

Zum Vergleich: Rund 10.3% lebten im Jahr 2013 in einem Haushalt mit Zahlungsrückständen bei den Steuern. Bei den Rechnungen für Wasser, Strom, Gas und Heizung betrug der Wert 3.1%, bei der Miete 2.7%.

<sup>11</sup> Anmerkung: Als Zahlungsrückstände werden Rechnungen betrachtet, welche nicht fristgerecht bezahlt werden konnten. Nicht alle dieser Zahlungsrückstände resultieren in Verlustscheinen, weshalb *kein* Vergleich mit den oben aufgeführten Zahlen möglich ist. Datenquelle: BFS SILC (telefonische Befragung bei rund 7'000 Haushalten mit ca. 17'000 Personen).

*Zwischenfazit*

Die Prämienausstände im Kanton Zürich lagen 2014 bei etwa 38 Mio. CHF. Sie entwickelten sich in der Vergangenheit schwankend, in den letzten Jahren allerdings tendenziell zunehmend. Etwa 1.4% der Versicherten sind aktuell davon betroffen. Im interkantonalen Vergleich liegt der Kanton Zürich gemessen am Anteil Prämienausstände am Prämien Soll im Mittelfeld der Kantone. Im Vergleich zu den Zahlungsrückständen in den Bereichen Miete und Wasser/Strom liegen diejenigen bei Krankenkassen schweizweit etwas höher, jedoch unter denjenigen bei Steuern.



## 4. Kosten und Nutzen einer Liste

### 4.1. Kosten einer Liste

#### 4.1.1. Direkte Kosten

Die direkten Kosten beziehen sich auf den administrativen Aufwand der Einführung und des Betriebs einer Liste und betreffen Kantone und Krankenversicherer.

#### *Kantone*

Der Initialaufwand für die Einführung einer Liste liegt – je nach Vergleichskanton – zwischen 50'000 und 600'000 CHF, im Median<sup>12</sup> bei 200'000 CHF. Die laufenden Kosten bewegen sich zwischen 70'000 und 300'000 CHF pro Jahr und liegen damit pro Versicherten zwischen 60 Rappen und 1.3 CHF pro Jahr.

Zu den Kosten zählen in erster Linie die Personalkosten zur Bewirtschaftung der Liste (Erfassung und Löschen von Personen, Meldung an betroffene Versicherte und Krankenversicherer, Überprüfung von Ausschlussgründen wie z.B. Wohnsitz, Alter oder Bezug von Ergänzungsleistungen) sowie die Kosten für die IT (Implementierung, Betrieb und Wartung des Systems).

*Tabelle 2      Administrativer Aufwand Kantone*

	Initialaufwand	Jährlicher Aufwand	
		Absolut	Pro Versicherten
LU	200'000 CHF (EDV-Kosten)	230'000 CHF (Budget 2015)	0.6 CHF
SH	200'000 CHF	100'000 CHF	1.3 CHF
ZG	90'000 CHF	70'000 – 75'000 CHF	0.6 CHF
TG	50'000 CHF	k.A. (fällt bei Gemeinden an)	k.A.
SG	600'000 CHF (davon 500'000 CHF EDV-Kosten)	Schätzung: <sup>13</sup> 250'000 – 300'000 CHF	0.6 CHF
GR	232'000 CHF	178'000 CHF (davon 150'000 CHF Personalaufwand)	0.9 CHF

Quelle: Fachgespräche

<sup>12</sup> Median = Die eine Hälfte der Werte liegt darüber, die andere Hälfte darunter.

<sup>13</sup> Schätzung des Kantons, da die Einführung erst am 1.1.2015 erfolgt ist.

Anmerkung: Die SASIS AG übernimmt für die Kantone AG, GR, LU, TI, SG, SH, SO und ZG die Prüfung und Verwaltung der zugriffsberechtigten Benutzer / Leistungserbringer.

Der Aufwand hängt von der Ausgestaltung der Liste ab. Als grobe Grössenordnung kann für den Kanton Zürich mit folgenden Angaben gerechnet werden:

- Initialaufwand: 200'000 bis 600'000 CHF (wir gehen dabei von den Werten von Luzern und St. Gallen aus, vgl. Tabelle 2)
- Jährlicher Aufwand: 850'000 bis 1.8 Mio. CHF (basierend auf 0.6 bis 1.3 CHF pro Versicherten gemäss Tabelle 2, multipliziert mit den rund 1.4 Mio. Versicherten im Kanton Zürich)

Das heisst: Die jährlichen Zahlungen von ca. 38 Mio. CHF des Kantons Zürich für Prämienausstände müssten um ca. 3.5% abnehmen, um Kostenneutralität zu erreichen.<sup>14</sup> Wie viele Personen mit Verlustscheinen würde dies betreffen? Als grobe Abschätzung kann folgende Rechnung dienen:

- Die Durchschnittsprämie beträgt in Zürich im Mittel ca. 4940 CHF pro Jahr (Daten: BAG, Standardprämie für Erwachsene). Bei Vorliegen eines Verlustscheins muss der Kanton 85% der Prämien übernehmen, dies wäre – sollten gar keine Prämien bezahlt worden sein – 4200 CHF pro Person und Jahr.
- Bei einem jährlichen Aufwand von 1.325 Mio. CHF (vgl. Fussnote 14) müssten 315 Personen pro Jahr weniger einen Verlustschein erhalten, damit sich die Liste finanziell für den Kanton lohnt (= 1.325 Mio. CHF / 4200 CHF).
- Eine Analyse der GDK zeigt allerdings, dass Personen mit Prämienausständen im Durchschnitt „nur“ rund 40% der Prämien nicht bezahlt haben. Somit wären es knapp 800 Personen (= 315\*2.5), welche jedes Jahr keinen Verlustschein mehr erhalten dürften.

Die Kosten einer Liste hängen von der konkreten Ausgestaltung ab, beispielsweise von der Frage, wann die Leistungssistierung beginnt. Um vor allem zahlungsunwillige Personen zu erfassen, sollte die Leistungssistierung möglichst früh erfolgen (und ggf. nach Vorliegen des Verlustscheins wieder aufgehoben werden).<sup>15</sup> Aus

---

<sup>14</sup> Basierend auf dem Mittelwert aus 850'000 und 1.8 Mio. CHF (d.h. 1.325 Mio. CHF).

<sup>15</sup> Aus unserer Sicht ist allerdings unklar, ob eine sehr frühe Erfassung konform mit den Regelungen des KVG ist (Art. 64): „Die Kantone können versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht *trotz Betreuung* nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen [...]“

finanzieller Sicht ist dies aber aufwändiger. Begründung: Die Fluktuationen, das heisst die Zugänge und Abgänge, stellen hohe Ansprüche an die Aktualität und betreffen zudem viele Personen, welche sowieso bezahlt hätten.<sup>16</sup>

#### *Einschub: Case Management*

In den aufgeführten Kostenschätzungen sind die Kosten für ein allfälliges Case Management noch nicht enthalten. Ein Case Management beinhaltet die Erfassung und Unterstützung von Personen mit finanziellen Schwierigkeiten. Die konkrete Ausgestaltung des Case Managements ist dabei unterschiedlich. Beispiel Gemeinde Arbon im Kanton Thurgau: Sobald jemand im Datenpool erfasst wird, klärt das Sozialamt mit dem Schuldner dessen Situation ab. Abhängig davon, ob es sich um eine einmalige Betreuung handelt oder schon eine Schuldenituation besteht, lädt das Sozialamt den Schuldner zum Gespräch ein, wobei die Problemstellung ermittelt wird und evtl. eine Schuldenberatung folgt. Es wird vereinbart, wie die Schulden zurückzuzahlen sind. Wenn der Schuldner nicht zum Gespräch kommt, erhält er eine Vorladung.

Die Kosten des Case Managements hängen von der Ausgestaltung und Intensität ab. Um eine ganz grobe Kostenschätzung angeben zu können, wurden Abklärungen bei drei Gemeinden im Kanton Thurgau vorgenommen. Diese ergaben jährliche Kosten von 1.8 bis 4.2 CHF pro Einwohner. Hochgerechnet auf den Kanton Zürich würde dies 2.6 bis rund 6 Mio. CHF pro Jahr bedeuten.<sup>17</sup>

Ein Case Management kann grundsätzlich unabhängig von der Liste säumiger Prämienzahler eingeführt werden und wird daher in der vorliegenden Studie nicht im Speziellen untersucht. Insbesondere werden keine Aussagen dazu gemacht, ob sich die Beurteilung der Liste in Kombination mit einem Case Management (im Sinne einer unterstützenden Massnahme) ändern könnte. Dennoch ist zu beachten, dass es einen Zusammenhang zwischen der Ausgestaltung der Liste und einem Case Management gibt. So ist zu erwarten, dass auf der Liste erfasste Personen durch ein Case Management ihre finanzielle Situation rascher verbessern und dadurch die Leistungssistierung schneller beenden können.

---

<sup>16</sup> Vgl. Kanton St. Gallen (2011): Ca. 75% der Betreibungen sind erfolgreich. Für diese Personen müssen die Einträge und deren Löschung ebenfalls vorgenommen werden, was administrativ aufwändiger ist.

<sup>17</sup> Anmerkung: Dies ist eine sehr grobe Schätzung, da die Kosten nicht nur von der Intensität, sondern auch von der Anzahl der zu betreuenden Personen abhängen.

*Krankenversicherer*

Die Krankenversicherer profitieren grundsätzlich von einer Liste, da sie 85% der Prämienausstände erhalten und den betroffenen Personen zusätzlich keine Leistungen vergüten müssen. Allerdings entsteht auf Seiten der Krankenversicherer auch Aufwand für folgende Tätigkeiten:

- Meldung der Fälle an die Kantone
- Beantwortung von daraus entstehenden Rückfragen von Versicherten und / oder kantonalen Ämtern
- Erstellung der Verfügungen
- Erfassung und Pflege der Leistungsaufschübe im System

Diesen Aufwand schätzen die Krankenversicherer unterschiedlich ein. Nachfolgende Tabelle führt die Kosten der befragten Krankenversicherer auf.

*Tabelle 3      Administrativer Aufwand Krankenversicherer*

	Jährlicher Aufwand	Anmerkung der befragten Personen
Versicherer 1	Keine signifikanten Mehrkosten	
Versicherer 2	250 Stellenprozent	Konservative Schätzung, da nur der Aufwand berücksichtigt ist, der direkt mit der Liste zusammenhängt. Dazu kommen: interne Koordination, Probleme bei Inkasso, etc.
Versicherer 3	100 Stellenprozent	Erstellung der Verfügungen sowie die Verwaltung der auf der Liste erfassten Personen
Versicherer 4	5 Minuten pro Fall	Erst wenn der elektronische Datenaustausch funktioniert, wird der Aufwand sinken.

Quelle: Fachgespräche

Zwei Krankenversicherer gaben die für die Liste aufgewendeten Stellenprozent an (vgl. Tabelle 4, Versicherer 2 und 3). Nimmt man Kosten von 100'000 CHF für eine Stelle an, ergibt dies hochgerechnet einige Hunderttausend bis knapp 2 Mio. CHF pro Jahr.<sup>18</sup> Zu beachten ist, dass aktuell nur neun Kantone eine Liste haben. Würden noch mehr Kantone dazukommen, würde der Aufwand auch für die Krankenversicherer steigen. Kostensteigernd wirkt aktuell zudem die Tatsache, dass

<sup>18</sup> Pro versicherte Person entsprechen die Schätzungen zwischen 0.1 und 0.2 CHF. Berechnung: (Stellenprozent \* 100'000 CHF) / Anzahl Versicherte. Hochgerechnet auf die rund 8 Mio. Versicherten in der Schweiz sind dies 0.6 bis 1.8 Mio. CHF (Rundungsdifferenzen möglich). Da es sich um eine grobe Abschätzung handelt, werden nur gerundete Werte dargestellt.

- es kantonal unterschiedliche Anforderungen gibt (z.B. Handhabung bei Wohnsitzwechsel in einen anderen Kanton, unterschiedliche Zeitpunkte und Anforderungen bezüglich der Meldungen),
- teilweise Unklarheit bezüglich der geltenden Regeln besteht (z.B. Leistungsaufschub bei ausstehenden Forderungen für Kostenbeteiligungen, vgl. nachfolgenden Einschub) und
- noch wenig automatisiert werden kann.

Letzterer Punkt soll mit dem Projekt zum einheitlichen Datenaustausch allerdings verbessert werden.

#### *Einschub: Prämien und Kostenbeteiligungen*

In Art. 64 KVG wird nur von Prämien gesprochen: „Die Kantone können versicherte Personen, die ihrer *Prämienpflicht* trotz Betreuung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen, welche nur den Leistungserbringern, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist.“ Bei den befragten Personen besteht Uneinigkeit darüber, ob auch ausstehende Kostenbeteiligungen (= Franchise und Selbstbehalt) einem Leistungsaufschub unterliegen oder nicht:

- Fünf Kantone gaben an, dass die Kostenbeteiligungen aus ihrer Sicht auch zu erfassen seien.
- Ein Kanton gab zur Auskunft, dass es sich nach seiner Ansicht nur um die Prämien handle, dass aber keine gesetzliche Definition vorliege. In der Folge sei davon auszugehen, dass die Krankenversicherer dies unterschiedlich handhaben würden.

Unsere Erhebung bestätigt dies: Ein befragter Krankenversicherer spricht nur bei Personen einen Leistungsaufschub aus, bei welchen Prämienausstände vorliegen (nicht bei ausstehenden Kostenbeteiligungen). In zwei Fällen wurden auch Kontroversen mit den Krankenversicherern erwähnt. Ein Beispiel: Es gab einen Fall, in welchem eine Person die Kostenbeteiligung nicht bezahlt hatte und daher auf der Liste erfasst wurde. Ein Krankenversicherer sistierte die Leistung jedoch nicht und bezahlte in der Folge die Rechnungen dennoch. Der Kanton hatte keine Handhabe dagegen. In Bezug auf die Grössenordnung sind Kostenbeteiligungen allerdings eher selten: Im Kanton Solothurn bilden die ausstehenden Prämien rund 80% der Forderungen, 12% sind Betreuungskosten, 5% Kostenbeteiligungen und 3% Zinsen.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Vgl. Kanton Solothurn (2013).

*Leistungserbringer*

In Kantonen mit einer Liste haben die Leistungserbringer die Möglichkeit auf die Liste zuzugreifen und im Vorfeld der Leistung zu klären, ob diese vergütet wird oder nicht. In Kantonen ohne Liste übernehmen die Krankenversicherer mit der Revision des KVG und der damit verbundenen Aufhebung der Leistungssistierung neu alle Leistungen (ohne administrative Mehraufwände für die Leistungserbringer). Für die Leistungserbringer hat sich damit – unabhängig ob ein Kanton eine Liste hat oder nicht – das Problem unbezahlter Rechnungen deutlich reduziert, allerdings nicht vollständig gelöst. Denn bei allen Ärzten, welche im System Tiersgarant abrechnen (was im Kanton Zürich bei den frei praktizierenden Ärzten mehrheitlich der Fall ist), bleibt die Problematik bestehen.<sup>20</sup> Daran würde eine Liste nur etwas ändern, wenn die säumigen Zahler auch ihre Prämien nicht bezahlen und auf der Liste erfasst sind. Für die Leistungserbringer ergeben sich folgende Aufwände:

- Leistungserbringer in Kantonen mit Liste: Für den Zugriff auf die Liste fallen gewisse administrative Aufwände an (z.B. EDV-Anpassung, regelmässige Konsultation der Liste). Aufgrund der nicht eindeutigen Regelung, welche Leistungen als Notfall zu zählen sind, besteht zudem für Leistungserbringer in Kantonen mit einer Liste eine gewisse Unsicherheit resp. es fallen möglicherweise Mehrkosten aufgrund von rechtlichen Streitigkeiten und schliesslich unbezahlten Rechnungen an.
- Leistungserbringer in Kantonen ohne Liste: Bei einem ausserkantonalen Leistungsbezug könnten für die Leistungserbringer Kosten entstehen, zumindest dann, wenn sie keinen Zugriff auf die Liste haben<sup>21</sup> oder dieses Recht nicht wahrnehmen (z.B. weil ihnen eine solche Abklärung nicht geläufig ist, da es in ihrem Kanton keine Liste gibt).

Anmerkung: Die Nutzung der Liste ist auch in Kantonen mit Liste teilweise noch gering: Rund neun Monate nach Einführung der Liste haben im Kanton Solothurn 79 Ärzte den Zugriff beantragt.<sup>22</sup> Gemäss Bundesamt für Statistik gibt es im Kanton demgegenüber 434 Ärzte im ambulanten Sektor, also etwa fünfmal so viel.<sup>23</sup>

---

<sup>20</sup> Auch wenn ein Patient von der Krankenversicherung die Rechnung vergütet erhält, ist damit nicht garantiert, dass er die Arztrechnung bezahlt.

<sup>21</sup> Es besteht allerdings auch die Möglichkeit, eine Kostengutsprache bei den Krankenversicherern einzuholen.

<sup>22</sup> Vgl. Kanton Solothurn (2013).

<sup>23</sup> Vgl. BFS: Bestand und Dichte der Ärzte, Zahnärzte und Apotheken nach Kanton, Jahr 2013. Diese relativ geringe Inanspruchnahme kann die Wirkung der Liste einschränken.

*Einschub: Herausforderungen im Vollzug*

Im Rahmen der Fachgespräche wurden von den Kantonen und Krankenversicherern verschiedene Herausforderungen angesprochen.

*Herausforderung 1: Meldungen der Krankenversicherer*

Die vielleicht grösste Schwierigkeit betrifft die Meldungen der Krankenversicherer und damit verbunden die Aktualität der Liste wie folgende Beispiele zeigen:

- Ein Kanton sagte aus, dass zwar die Einleitung der Betreibungen von den Krankenversicherern regelmässig gesendet wird, nicht aber das Fortsetzungsbegehren. Hier besteht eine gesetzliche Lücke, da der Kanton keine Handhabe hat, wenn das Fortsetzungsbegehren nicht gemeldet wird.
- Ein anderer Kanton gab an, dass zu Beginn kleine Krankenversicherer die Betreibungen teilweise nicht gemeldet hätten.
- Der Kanton Basel-Landschaft hat in seinem Vorschlag zur Einführung einer Liste (welche dann aber abgelehnt wurde) geplant, dass die Meldung nicht von den Krankenversicherern, sondern von den Betreibungsämtern erfolgen soll (vgl. Kanton Basel-Landschaft, 2014, S.7): „Die Betreibungsämter melden der Behörde diejenigen Personen, gegen die der Versicherer im Betreibungsverfahren wegen ausstehender Prämien oder Kostenbeteiligungen das Fortsetzungsbegehren stellt. [...] Der Grund dafür ist, dass der Versicherer der kantonalen Behörde gemäss Bundesrecht nur die Betreibungen melden muss, nicht aber das Fortsetzungsbegehren. Zusätzliche kantonalrechtliche Meldeauflagen werden von den Versicherern nach eigenen Angaben nicht akzeptiert [...].“
- Der Kanton Solothurn musste Verfahren aufgrund fehlender Meldungen der Krankenversicherer nachführen (vgl. Kanton Solothurn, 2013, S. 3): „Im Rahmen der Überprüfung der Forderungseingaben für das Jahr 2012 musste festgestellt werden, dass eine der grossen Krankenversicherungen es unterlassen hat, säumige Prämienzahler korrekt zu melden. Dadurch müssen jetzt einige hundert Verfahren nachgeführt und dutzende von Verfügungen ausgestellt werden, damit diese Personen auf der Liste erfasst werden können.“

Von Seiten der Krankenversicherer wird primär bemängelt, dass die Anforderungen der Kantone sehr heterogen sind (unterschiedliche Zeitpunkte der Meldung, teilweise auch mehrfach und zudem in unterschiedlichem Umfang).

*Herausforderung 2: Setzen und Löschen von Leistungsaufschüben*

Die zweite Problematik liegt darin, dass der Kanton die Personen auf der Liste erfasst, der Krankenversicherer dann aber die Leistungssistierung verfügt resp. auch wieder aufhebt. Von zwei Kantonen wurde folgende Aussage gemacht: Es kann nicht überprüft werden, ob der Krankenversicherer den Leistungsaufschub tatsächlich setzt, da teilweise keine Bestätigung dazu erfolgt.

Je früher eine Liste ansetzt, desto höher sind i.d.R. die Fluktuationen und somit auch die Anforderung an die Aktualität. Denn sobald eine Person die Prämienausstände beglichen hat, muss sie von der Liste gelöscht werden. Der Kanton Schaffhausen bestimmt beispielsweise in der Verordnung über den Vollzug des Krankenversicherungsgesetzes, Art. 24d: „Sind die ausstehenden Forderungen beglichen oder bezieht die versicherte Person Sozialhilfe, Ergänzungsleistungen oder Erwerbsersatzleistungen für Alleinerziehende, wird die versicherte Person von der AHV-Ausgleichskasse *umgehend* von der Liste gelöscht.“

*Weitere Herausforderungen*

Daneben gibt es weitere Herausforderungen, welche teilweise bereits erwähnt wurden:<sup>24</sup>

- Handhabung bei Kostenbeteiligungen (vgl. Einschub auf Seite 22)
- Doppelversicherungen
- Handhabung bei einem Wohnsitzwechsel: Einige Kantone löschen die betroffenen Personen, andere nicht. Ein Krankenversicherer gab dabei an, dass der Leistungsaufschub erst aufgehoben wird, wenn die Forderung beglichen ist oder der Kanton die Person von der Liste löscht. Somit gilt der Leistungsaufschub auch bei einem Wegzug in einen anderen Kanton ohne Liste. Andere Krankenversicherer handhaben dies anders und heben den Leistungsaufschub in diesem Fall auf. Gemäss Auskunft des BAG gilt der Leistungsaufschub bei einem Wohnsitzwechsel in einen Kanton ohne Liste nicht mehr.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> Ein zusätzliches Problem betrifft die Verlustscheine, deren Bewirtschaftung gemäss Kantonsausgabe durch die Krankenversicherer teilweise ungenügend ist (kaum Rückerstattungen). Der Kanton Basel-Landschaft hat daher die Regelung getroffen, dass er 92% der Verlustscheine bezahlt, diese dafür erhält. Diese Problematik hängt jedoch mit den Regelungen im KVG und nicht mit der Liste zusammen; daher wird nicht näher darauf eingegangen.

<sup>25</sup> Vgl. Schreiben vom BAG vom 23. Juni 2014: „[...] Wir teilen Ihre Auffassung, dass der Versicherer die Übernahme der Kosten für Leistungen, die ab Wohnsitznahme bezogen werden, nicht mehr



#### 4.1.2. Indirekte Kosten

Neben den direkten administrativen Mehraufwänden durch die Liste, wird teilweise auch befürchtet, dass weitere Kosten durch nicht-beabsichtigte Wirkungen resultieren. Betroffen davon sind Kantone, Krankenversicherer, Leistungserbringer und Versicherte. Nachfolgend aufgeführt sind einige Thesen, welche jeweils kurz diskutiert werden.

*These 1: Säumige Prämienzahler gehen vermehrt ins Spital anstatt zum Hausarzt, wodurch die Kosten steigen.*

Diese These wird von vier Gesprächspartnern bestätigt und von zwei Interviewpersonen verneint.<sup>26</sup>

Auch in der Botschaft des Kantons Aargau zur Einführung der Liste säumiger Prämienzahler wird diesbezüglich erwähnt, dass bereits unter altem Recht die betroffenen Versicherten sich oftmals in den Notfallstationen der Spitäler mit Aufnahmepflicht behandeln liessen. Zu beachten ist, dass im Kanton Aargau auch unter neuem Recht eine Aufnahmepflicht gilt (Kanton Aargau, 2014, S. 13): „Aufgrund dieser Aufnahmepflicht hat auch ein auf der Säumigenliste figurierender Versicherter einen Anspruch darauf, von einem in seinem Wohnkanton gelisteten Spital behandelt zu werden. Bei einer Wahlbehandlung muss er einfach den Krankenkassenanteil selber bezahlen. [...] Der Kanton hat unabhängig davon, ob es sich um einen Notfall oder eine Wahlbehandlung handelt, seinen Spitalfinanzierungsanteil zu leisten.“

Der Kanton Aargau muss somit auch bei einem Leistungsaufschub die Kosten von medizinischen Behandlungen vergüten.<sup>27</sup> Dies wird allerdings nicht von allen Kantonen gleich gehandhabt. So prüft der Kanton Luzern bei den Spitalrechnungen zunächst, ob ein Leistungsaufschub besteht und bezahlt die Rechnung erst nach Aufhebung der Leistungssistierung. Das Vorgehen im Kanton Zürich wäre voraussichtlich ähnlich wie in Luzern, da Zürich die Aufnahmepflicht grundsätzlich nur bei Notfällen kennt.

---

aufschieben darf, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz in einen Kanton verlegt, der keine solche Liste führt.“

<sup>26</sup> Die Thesen wurden mit den Kantonsvertretern, santésuisse, Caritas und z.T. mit den Krankenversicherern diskutiert. Nicht alle Interviewpersonen konnten eine Einschätzung dazu abgeben.

<sup>27</sup> Vgl. Art. 41a, Abs. 1 KVG: „Im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten sind die Listenspitäler verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten (Aufnahmepflicht).“

*These 2: Die fehlende Definition eines Notfalls führt dazu, dass säumige Prämienzahler oftmals als Notfall behandelt werden, was kostensteigernd wirkt (im Vergleich zur Situation ohne Leistungsaufschub).*

Diese These wird von fünf Gesprächspartnern bestätigt und von keiner Interviewperson verneint. Die kantonalen gesetzlichen Grundlagen zur Definition von Notfallbehandlungen sind in nachfolgender Tabelle aufgeführt.

*Tabelle 4 Kantonale gesetzliche Grundlagen, Notfalldefinition*

	Gesetzliche Grundlage	Inhalt
LU	Verordnung zum Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 22. Mai 2012, Art. 7	„Ein Notfall im Sinn von § 5a Absatz 6 des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 23. März 19987 liegt vor, wenn ohne sofortige Behandlung erhebliche gesundheitliche Schäden oder der Tod der versicherten Person zu befürchten sind.“
SH	Verordnung über den Vollzug des Krankenversicherungsgesetzes vom 9. Juli 1996, Art. 24b	„Der Leistungserbringer entscheidet, was als Notfallbehandlung im Sinne von Art. 64a Abs. 7 KVG gilt.“
TG	Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung vom 20. Dezember 2011, Art. 62	„Für Notfallbehandlungen gilt: 1. Leistungserbringer mit Standort ausserhalb des Kantons: Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand der zu behandelnden Person es nicht erlaubt, diese in ein innerkantonales Listenspital zu transportieren; 2. Leistungserbringer im Kanton Thurgau: Zusätzlich massgebend für die Behandlung von Notfällen sind die Bestimmungen dieser Verordnung über den Datenpool betreffend die Erfassung von Personen mit Leistungsaufschub der Krankenversicherer.“
SG		
ZG	keine kantonale gesetzliche Grundlage bezüglich Notfallbehandlungen	
GR		

Quelle: gesetzliche Grundlagen und Fachgespräche

Selbst wenn eine Definition der Notfallbehandlung im Gesetz vorliegt, sind es die Leistungserbringer, welche in der Praxis eine entsprechende Beurteilung vornehmen müssen. Dies wurde von allen befragten Kantonen bestätigt und vom Kanton Luzern in seiner Botschaft wie folgt erläutert:

„Was als Notfall gilt, soll allein der Leistungserbringer entscheiden. Entgegen einigen Anregungen im Vernehmlassungsverfahren soll keine Definition des Notfalls in das Gesetz aufgenommen werden. Unseres Erachtens ist es schwierig, den Notfall zweckdienlich generell-abstrakt zu umschreiben. Zudem verfügt allein der Leistungserbringer über das nötige Fachwissen für einen solchen Entscheid.“<sup>28</sup> Dasselbe gilt für den Kanton St. Gallen, wobei in der Praxis Erstbehandlungen i.d.R. als Notfälle gelten.<sup>29</sup>

Werden Personen, die auf der Liste stehen, „ungerechtfertigt“ als Notfall behandelt, hat dies gleich zwei finanzielle Konsequenzen zur Folge: Ersten fallen trotz Leistungsaufschub Kosten für eine Behandlung an und zweitens sind diese sogar noch höher, weil die Entschädigungen bei Notfall jene einer „normalen“ Konsultation i.d.R. übersteigen. Nach Schätzung eines Krankenversicherers werden Notfallbehandlungen mit einem Zuschlag von mindestens 200 CHF fakturiert.

*These 3: Ein Leistungsaufschub führt dazu, dass gesundheitliche Beschwerden zu spät behandelt werden.*

Diese These wird von vier Gesprächspartnern bestätigt und von einer Interviewperson verneint.

Ein Beispiel: Die Nicht-Einnahme eines blutdrucksenkenden Medikaments, welches einem Patienten zwar verschrieben, aber nicht abgegeben wurde, kann längerfristig gesundheitliche Probleme verursachen. Auch Vorsorgeuntersuchungen zählen dazu. Eine Interviewperson wies zudem darauf hin, dass die Problematik mit der Zeit zunehmen könnte. Begründung: Aktuell bezahlen ggf. jüngere Personen ihre Prämien nicht, da sie kaum medizinische Leistungen benötigen. Diese werden auf die Liste gesetzt. Mit der Zeit summieren sich ihre aufgelaufenen Prämienausstände und sie können diese später nicht mehr begleichen.

Dass finanzielle Überlegungen dazu führen, dass medizinische Leistungen nicht in Anspruch genommen werden, zeigt auch eine aktuelle Studie der Policlinique Médicale Universitaire und dem Institut für Hausarztmedizin in Lausanne: Rund 11% der Patienten in der Westschweiz haben in den letzten 12 Monaten aus finanziellen Gründen auf medizinische Leistungen verzichtet.<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup> Vgl. Kanton Luzern (2011), S. 15.

<sup>29</sup> Vgl. „Schwarze Liste für säumige Prämienzahler“, Tagblatt vom 21. Juni 2014.

<sup>30</sup> Vgl. Pécoud, A. (2015).

*These 4: Ein Leistungsaufschub führt zu mehr Sozialhilfebezügern.*

Diese These wird von zwei Gesprächspartnern bestätigt und von einer Interviewperson verneint.

Bei Kantonen, welche die Bezüger von Sozialhilfe nicht auf die Liste nehmen, sind zwei Effekte möglich:<sup>31</sup>

- Erstens wird die Sozialhilfe attraktiver, da die Person trotz (alter oder aktueller) Prämienausstände nicht auf die Liste gesetzt wird und somit vom Leistungsaufschub auch nicht betroffen ist. Die Beurteilung darüber ist allerdings nicht eindeutig. So sagte beispielsweise eine Interviewperson aus, dass es sinnvoll sei, wenn Personen mit einem Anrecht auf Sozialhilfeleistungen diese auch in Anspruch nehmen. Aufgrund der Tatsache, dass die Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialhilfe trotz Anspruchsberechtigung hoch ist – gemäss Leu et al. (1997) liegt die Nichtbezugsquote zwischen 45% und 86%<sup>32</sup> – sind die potenziellen Effekte bedeutend.
- Zweitens fällt ein Ausstieg aus der Sozialhilfe schwerer. Zwar werden ab dem Zeitpunkt des Eintritts in die Sozialhilfe die Prämien vom Sozialamt übernommen. Es ist aber möglich, dass für die Zeit vor dem Eintritt alte Prämienausstände bestehen. Wenn diese von der Gemeinde nicht übernommen werden, kommen die Personen bei einem Ausstieg aus der Sozialhilfe auf die Liste, was eine Hürde darstellen kann.

Solche Effekte werden beispielsweise auch von den Aargauer Gemeinden befürchtet, welche aus diesen Gründen die Nichtaufnahme der Bezüger von EL und Sozialhilfe zu 58% ablehnten.<sup>33</sup>

Von einer Interviewperson wird schliesslich noch ein weiterer Effekt genannt, welcher die Sozialhilfe resp. die Gemeinden negativ beeinflusst: Wenn eine Person, für welche im Rahmen der Verlustscheinregelung bereits 85% der Prämien übernommen wurde, neu in die Sozialhilfe eintritt, hat die Gemeinde keinen Anreiz, die alten Prämienausstände zu bezahlen, weil sie sonst insgesamt 135% der

---

<sup>31</sup> Diese Effekte treten vor allem bei Listen auf, welche Sozialhilfebezüger von einem Leistungsaufschub ausnehmen. Dies ist bei den bestehenden Listen mehrheitlich der Fall.

<sup>32</sup> Das heisst: 45% bis 85% der Anspruchsberechtigten beziehen die Leistungen nicht. Die 86% beziehen sich dabei auf Leistungen der Sozialhilfe im engeren Sinn. Auch Farago et al. (2004) führen ähnliche Ergebnisse für die Nicht-Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen auf.

<sup>33</sup> Vgl. Kanton Aargau (2014).

Ausstände übernehmen muss.<sup>34</sup> In diesem Fall kann aber keine andere Krankenkasse gewählt werden, weshalb auch kein Wechsel zu einer günstigeren Krankenkasse bewirkt werden kann.

Die Daten bestätigen den Verlagerungseffekt auf die Sozialhilfe hingegen auf den ersten Blick nicht: Bei Kantonen, welche 2012 die Liste eingeführt haben, hat die Sozialhilfequote zwischen 2011 und 2013 im Mittel um 0.19 Prozentpunkte zugenommen. Bei Kantonen ohne Liste um 0.20 Prozentpunkte.<sup>35</sup>

Bei der Interpretation der Zahlen sind aus methodischer Sicht allerdings zwei Punkte zu beachten:

- Der betrachtete Zeithorizont ist noch sehr kurz (für 2014 liegen noch keine Sozialhilfequoten des BFS vor).
- Die französischsprachigen Kantone weisen eine deutlich grössere Zunahme auf als die deutschsprachigen Kantone. Würde man nur die deutschsprachigen Kantone betrachten, läge die Zunahme bei den Kantonen mit Liste über derjenigen ohne Liste (0.14 vs. 0.09).

*These 5: Ein Leistungsaufschub führt dazu, dass Prämienausstände möglicherweise abnehmen, Steuerausstände aber zunehmen.*

Diese These wird von drei Gesprächspartnern bestätigt und von zwei Interviewpersonen verneint.

Es wurde dabei darauf hingewiesen, dass von einem solchen Effekt nicht nur Steuerausstände betroffen seien, sondern auch andere Ausstände wie z.B. Miete. Eine Fachperson sagte diesbezüglich aus, dass sich in der Schuldenberatung zeigt, dass Schuldner jeweils diejenigen Schulden bezahlen, die ihnen „am wichtigsten“ erscheinen.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> Berechnung: 85% des Verlustscheins + 100% der Prämienausstände (für den Sozialhilfebezüger) – 50% (Rückerstattung der Krankenkasse) = 135%.

<sup>35</sup> Die detaillierten Ergebnisse sind in Anhang II aufgeführt.

<sup>36</sup> Um zu analysieren, ob die Liste säumiger Prämienzahler die Entwicklung der Steuerausstände beeinflusst hat, fragten wir beim Steueramt des Kantons Thurgau nach den entsprechenden Zahlen. (Begründung: Beim Kanton Thurgau könnte ein längerer Zeithorizont betrachtet werden als bei den anderen Kantonen, welche die Liste erst im Jahr 2012 eingeführt hatten.) Die Daten liegen allerdings nicht auf aggregierter Ebene vor.

Gegen die These spricht die Vermutung einer Interviewperson, dass Personen, welche Prämienausstände aufweisen, auch ihre Steuern nicht bezahlen. Ein substanzieller Effekt sei daher nicht zu erwarten.<sup>37</sup>

*Weitere indirekte Kosten*

Neben den aufgeführten Thesen kann folgende negative Wirkung auftreten: Personen mit einem Leistungsaufschub haben – sofern sie nicht die gesamten Prämienausstände begleichen können – keinen Anreiz, ihre Prämien zu bezahlen. Eine Auswertung eines befragten Krankenversicherers zeigt in diesem Zusammenhang auf, dass von den Schuldnern mit Verluſtschein rund 60% bereits im Vorjahr einen Verluſtschein aufwiesen. Auch im Rahmen des Fachgesprächs mit einem Kanton wurde bestätigt, dass ein Grossteil der auf der Liste erfassten Personen (= Personen mit Verluſtscheinen) Dauerschuldner sind.

---

<sup>37</sup> Bei Listen, welche mit einem Case Management verbunden sind, ist die Wirkung ebenfalls eher unwahrscheinlich, denn im Rahmen dieser Begleitung werden die Personen bei der Begleichung aller Schulden (nicht nur der Prämienausstände) unterstützt.

## 4.2. Nutzen einer Liste

Aus Sicht des Kantons beinhaltet der Nutzen einer Liste die Senkung der Zahlungen für ausstehende OKP-Forderungen. Ob sich die Zahlungsmoral der Versicherten durch eine Liste tatsächlich verbessert, soll im vorliegenden Kapitel untersucht werden. Als Datenquelle werden die Daten von vier Versicherergruppen verwendet: Assura, CSS, Groupe Mutuel und Helsana. Gemeinsam decken diese vier Krankenversicherer etwa die Hälfte der Versicherten ab.<sup>38</sup>

Methodisch führen wir einen Doppelvergleich durch. Dieser sog. Difference-in-Differences-Ansatz entspricht im Prinzip einem Vorher-Nachher-Vergleich bei zwei Gruppen von Kantonen, welche sich bezüglich der Einführung einer Liste unterscheiden (zur Methodik Difference-in-Differences vgl. auch Anhang III).<sup>39</sup>

- Gruppe 1: Kantone mit einer 2012 neu eingeführten Liste: LU, SH, ZG
- Gruppe 2: Kantone ohne Liste: BE, SG, ZH

Wir messen die Prämienausstände in den beiden Gruppen sowohl vor Einführung der Liste (Mittelwert 2010/2011) als auch danach (Mittelwert 2013/2014) und bilden für beide Gruppen die Differenz zwischen den Zeitpunkten. Um die Wirkung der Liste zu schätzen, wird die Differenz bei Gruppe 1 mit der Differenz bei Gruppe 2 verglichen. Es gilt: Entwickeln sich die Prämienausstände in Gruppe 1 besser als in Gruppe 2 (= stärkere Abnahme oder geringere Zunahme), ist dies ein Hinweis auf die Wirksamkeit der Liste. Entwickeln sich die Prämienausstände in Gruppe 1 gleich wie in Gruppe 2, ist demgegenüber keine Evidenz für die Wirksamkeit der Liste gegeben.

Der Mittelwert aus zwei Jahren macht die Ergebnisse aussagekräftiger und gleicht allfällige Schwankungen resp. Zufälligkeiten eines Jahres aus. Allerdings ist zu beachten, dass die Zahlen robuster sind, je länger die Liste besteht. Denn viele Verlustscheine und Betreibungen beziehen sich auf die Prämienausstände des Vorjahres. Aus diesem Grund führen wir die nachfolgenden Auswertungen in jeweils

---

<sup>38</sup> Dies gilt sowohl für den Kanton Zürich als auch für die Schweiz insgesamt. Abdeckung in der Schweiz im Jahr 2014: Assura: 9%, CSS: 16%, Groupe Mutuel: 15%, Helsana: 14% (Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung). Diese Daten sowie die nachfolgenden Analysen beziehen sich jeweils auf die gesamte Gruppe einer Krankenversicherung. Beispiel: Die „Helsana“ umfasst die KVG-Versicherer Helsana, Progrès, Sansan, Avanex und Maxi.ch.

<sup>39</sup> Der Difference-in-Differences-Ansatz entspricht einer gängigen Methode in der Evaluationsforschung. Vgl. z.B. Wooldridge, J. (2012), Kapitel 13 und Cameron & Trivedi (2005), Kapitel 22.

Anmerkung zu den Gruppen: Da der Kanton Thurgau die Liste bereits deutlich früher eingeführt hat, führen wir für Thurgau eine separate Analyse durch (vgl. Anhang IV). Der Kanton St. Gallen hat auf den 1.1.2015 eine Liste eingeführt. Da wir jedoch nur den Zeitraum bis 2014 analysieren, wird der Kanton St. Gallen der Gruppe „Kantone ohne Liste“ zugeteilt.

zwei Varianten auf: einmal der Vergleich zwischen 2010/2011 und 2013/2014 und einmal der Vergleich zwischen 2010/2011 und 2014.<sup>40</sup>

Der Difference-in-Differences-Ansatz hat folgende Vorteile:

- Im Vergleich zu einer Querschnittsanalyse berücksichtigt die Methode die unterschiedlichen strukturellen Faktoren in den Kantonen, insbesondere Bevölkerungsstruktur, Sozialhilfequote, Urbanität.
- Im Vergleich zu einer Längsschnittanalyse berücksichtigt die Methode zeitliche Einflüsse, welche auf alle Kantone wirken, insbesondere Prämiensteigerungen, Anpassungen im Betreibungsprozess, Verschlechterung der Zahlungsmoral, Konjunktur.

Problematisch ist der Vergleich nur dann, wenn sich strukturelle Faktoren unterschiedlich entwickeln. Aufgrund des relativ kurzen Betrachtungszeitraums erachten wir dies jedoch als vertretbar.<sup>41</sup>

Einen Punkt gilt es jedoch zu beachten: Bei substantiellen Veränderungen der individuellen Prämienverbilligung (IPV) sind Verzerrungen möglich. Ein Beispiel: Wenn ein Kanton seine IPV-Beiträge senkt, nehmen die Prämienausstände möglicherweise zu. In den betrachteten Vergleichskantonen hat sich das Prämienvolumen zwischen 2011 und 2013 in zwei Kantonen deutlich reduziert: Im Kanton Bern und im Kanton Schaffhausen. Auch die Zahlungsmodalitäten haben sich teilweise verändert: Die Kantone St. Gallen und Luzern melden die IPV den Krankenversicherern seit 2014 früher als zuvor. Luzern zahlt die IPV zudem neu direkt an die Krankenkassen (anstatt die Versicherten) aus. Diese Änderungen sollten tendenziell zu tieferen Prämienausständen führen. Dies ist bei der Interpretation zu berücksichtigen. Aufgrund der Tatsache, dass es sich hierbei jeweils einmal um einen Kanton mit Liste und einmal um einen Kanton ohne Liste handelt, reduziert sich der Effekt auf unsere Analyse jedoch.

Zu beachten ist, dass die Ausgestaltung der Liste in den Kantonen heterogen ist, weshalb die detaillierten Ergebnisse jeweils auch differenziert nach den einzelnen Kantonen ausgewiesen sind.

---

<sup>40</sup> Ergänzend haben wir die Auswertungen auch für den Zeitraum 2010 bis 2014 durchgeführt, um allfällige Verzerrungen in Zusammenhang mit einer Antizipation der Liste zu berücksichtigen. Die Aussagen bleiben auch für diese Analyse dieselben.

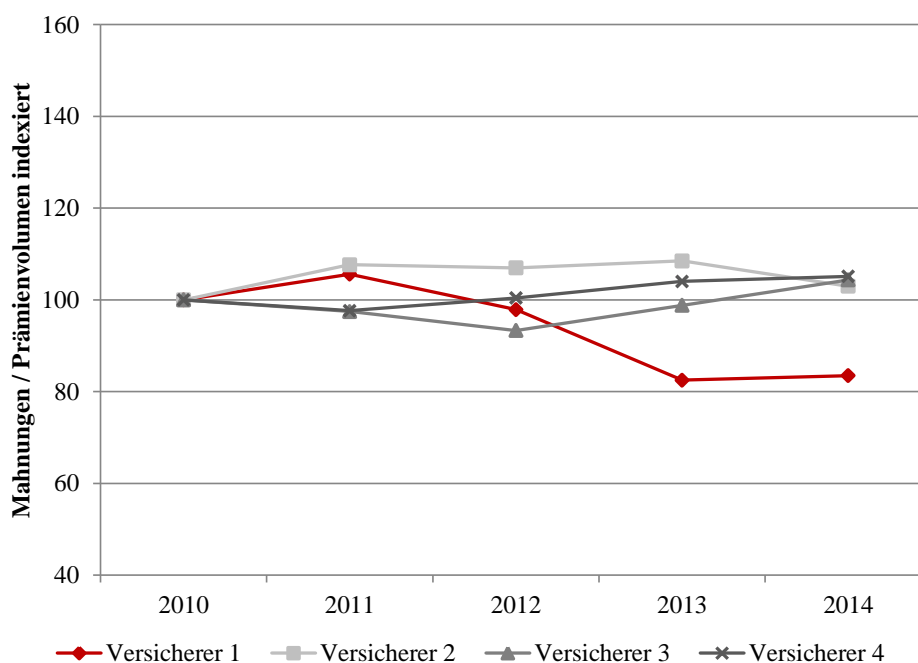
<sup>41</sup> Beispiel Sozialhilfequote: Diese hat im Kanton Zürich zwischen 2010 und 2013 um 0.05 Prozentpunkte resp. 1.5% abgenommen, zwischen 2011 und 2013 betrug die Zunahme 0.01 Prozentpunkte resp. 0.2%. Auch allfällige Anpassungen im Mahnungs- und Betreibungsprozess bei den Krankenversicherern sind bei der Difference-in-Differences-Methode nicht problematisch, solange alle Kantone gleich davon betroffen sind (was bei gesamtschweizerisch tätigen Krankenversicherern der Fall ist).



### Mahnungen

Der Anteil gemahntes Prämienvolumen entwickelte sich in den vergangenen Jahren bei den einzelnen Krankenversicherern heterogen, wie nachfolgende Abbildung zeigt. Da sich die Mahnprozesse der Krankenversicherer unterscheiden, verzichten wir auf die Darstellung der effektiven Anteile und führen nur die Entwicklung seit 2010 auf. Dazu indexieren wir den Anteil der Mahnungen am Prämienvolumen im Jahr 2010 auf 100.

Abbildung 7 Mahnungen, Entwicklung Schweiz



Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen

Es stellt sich nun die Frage, ob sich die Entwicklung nach Kantonen mit/ohne neu eingeführte Liste unterscheiden. Wir testen dabei folgende Hypothese: Diejenigen Vergleichskantone, welche 2012 eine Liste eingeführt haben, sollten zwischen 2010/2011 und 2013/2014 die bessere Entwicklung (d.h. stärkere Abnahme oder geringere Zunahme der gemahnten Prämien) aufweisen als Vergleichskantone ohne eine solche Liste.<sup>42</sup> Tabelle 5 und Tabelle 6 führen die Ergebnisse auf.

<sup>42</sup> Auf eine Querschnittsanalyse verzichten wir, da die Kantone bezüglich Bevölkerungsstruktur nicht vergleichbar sind.

Tabelle 5 Mahnungen / Prämien

	Kantone mit Liste			Kantone ohne Liste		
	LU	SH	ZG	BE	SG	ZH
2010/2011						
Versicherer 1	4.3%	4.7%	4.8%	5.7%	10.2%	4.7%
Versicherer 2	5.7%	7.6%	5.1%	9.3%	8.3%	7.5%
Versicherer 3	3.8%	3.5%	2.3%	4.1%	4.2%	3.0%
Versicherer 4	6.1%	8.3%	4.5%	4.9%	6.2%	4.9%
2013/2014						
Versicherer 1	3.0%	2.3%	3.0%	4.4%	7.3%	3.6%
Versicherer 2	5.7%	9.2%	5.6%	10.5%	8.6%	8.4%
Versicherer 3	3.8%	4.3%	2.0%	4.0%	4.5%	3.2%
Versicherer 4	5.6%	7.3%	3.8%	5.4%	6.2%	5.5%
Differenz						
Versicherer 1	-1.3 %P	-2.4 %P	-1.8 %P	-1.3 %P	-2.9 %P	-1.0 %P
Versicherer 2	0.1 %P	1.6 %P	0.5 %P	1.2 %P	0.3 %P	0.8 %P
Versicherer 3	0.0 %P	0.8 %P	-0.4 %P	-0.1 %P	0.3 %P	0.2 %P
Versicherer 4	-0.6 %P	-1.0 %P	-0.7 %P	0.4 %P	0.0 %P	0.6 %P
Ø Differenz	-0.4 %P	-0.2 %P	-0.6 %P	0.1 %P	-0.6 %P	0.2 %P

Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen

Anmerkung: %P = Prozentpunkte.

Lesebeispiel (Versicherer 1, Luzern): Das gemahnte Prämienvolumen betrug im Kanton Luzern im Mittelwert der Jahre 2010 und 2011 bei Versicherer 1 rund 4.3%, im Mittelwert der Jahre 2013 und 2014 lag der Wert bei 3.0%. Die Abnahme während dieser Zeit betrug somit 1.3 Prozentpunkte.

Tabelle 6 Difference-in-Differences Mahnungen / Prämien

	Kantone mit Liste (Ø)	Kantone ohne Liste (Ø)	Differenz
Versicherer 1	-1.82 %P	-1.73 %P	-0.09 %P
Versicherer 2	0.71 %P	0.78 %P	-0.07 %P
Versicherer 3	0.16 %P	0.15 %P	0.01 %P
Versicherer 4	-0.72 %P	0.35 %P	-1.07 %P
Insgesamt (Ø)	-0.42 %P	-0.11 %P	-0.30 %P

Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen

Anmerkung: %P = Prozentpunkte. Die Differenz ist markiert, wenn sie der Hypothese entspricht.

Berechnungs- und Lesebeispiel: Das gemahnte Prämienvolumen bei Versicherer 1 hat in LU um 1.3 Prozentpunkte, in SH um 2.4 Prozentpunkte und in ZG um 1.8 Prozentpunkte abgenommen (vgl. Tabelle 5). Im Mittelwert beträgt die Abnahme 1.82 Prozentpunkte (Rundungsdifferenzen möglich). Im selben Zeitraum sank das gemahnte Prämienvolumen bei Kantonen ohne Liste durchschnittlich „nur“ um 1.73 Prozentpunkte. Die Differenz beträgt somit -0.09 Prozentpunkte.

Im Gesamtergebnis (Durchschnitt) scheint sich die Hypothese auf den ersten Blick zu bestätigen: Die Abnahme des gemahnten Prämienvolumens ist bei Kantonen mit Liste etwas deutlicher als mit Kantonen ohne Liste. Die Ergebnisse sind allerdings *nicht robust*. Zwei Beispiele:

- Mit dem Kanton St. Gallen zeigt ein Kanton die höchste durchschnittliche Abnahme (gemeinsam mit Zug), welcher im Jahr 2012 keine Liste eingeführt hat.
- Bei einer der vier Datenquellen (Versicherer 3) ist die Entwicklung des gemahnten Prämienvolumens bei Kantonen ohne Liste sogar (geringfügig) besser als bei Kantonen mit einer neu eingeführten Liste. Dieses Ergebnis verdeutlicht zudem, dass die Entwicklung zwischen den einzelnen Versicherern sehr heterogen ist.

Die entscheidende Frage ist daher: Ist die beobachtete Differenz in der Entwicklung zwischen Kantonen mit und ohne Liste statistisch signifikant? Oder anders ausgedrückt: Kann mit genügend hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass die Differenz „zufällig“ ist?<sup>43</sup>

Um diese Frage zu prüfen, haben wir eine Regressionsanalyse basierend auf den Daten der Krankenversicherer durchgeführt. Bei diesem Verfahren wird der Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Prämienausstände und der Einführung einer Liste statistisch geschätzt.<sup>44</sup>

Als Ergebnis der Regressionsanalyse bezüglich Signifikanz wird der sog. p-Wert ermittelt. Dieser liegt zwischen 0 und 1 und es gilt: Je kleiner der p-Wert, desto wahrscheinlicher ist, dass die beobachtete Differenz nicht zufällig ist. Als Grenzwerte, welche auch Signifikanzniveaus genannt werden, werden üblicherweise Werte von 0.01 oder 0.05 verwendet. Liegt der p-Wert unter dieser Grenze, wird die Differenz als statistisch signifikant bezeichnet.<sup>45</sup>

Dies ist bei der vorliegenden Auswertung allerdings nicht der Fall. Der p-Wert liegt je nach getesteter Modellvariante zwischen 0.5 und 0.7 und somit weit über

---

<sup>43</sup> Da es unwahrscheinlich ist, dass sich zwei Stichproben identisch entwickeln, kann der resultierende Unterschied auch auf Zufälligkeiten beruhen.

<sup>44</sup> Die Regressionsanalyse wertet 96 Fälle aus (6 Kantone, 4 Jahre, 4 Versicherer). Es ergibt sich dieselbe Differenz wie bei der oben aufgeführten aggregierten Auswertung mit 6 Beobachtungen (-0.3 Prozentpunkte, vgl. Tabelle 6). Wir haben die Auswertung dabei in verschiedenen Varianten durchgeführt (z.B. mit oder ohne Dummy für die Versicherung). Die Modellspezifikationen finden sich in Anhang III.

<sup>45</sup> Die Grenzwerte können grundsätzlich frei festgelegt werden. Die Wahl von 0.01 und 0.05 entspricht aber der Konvention in der wissenschaftlichen Literatur.

den Signifikanzniveaus von 0.01 bis 0.05. Dies bedeutet: Zwar unterscheiden sich die beiden Gruppen bezüglich der Entwicklung der Prämienausstände leicht, *die Differenz ist jedoch statistisch nicht signifikant von Null verschieden.*

Die geringe Robustheit der Ergebnisse zeigt sich auch, wenn man die Entwicklung zwischen 2010/2011 und 2014 (anstelle des Mittelwertes 2013/2014) betrachtet: Bei zwei der vier Krankenversicherer weisen die Kantone ohne Liste die bessere Entwicklung auf und im Durchschnitt über alle Krankenversicherer ist die Differenz vernachlässigbar gering (vgl. Tabelle 7 und Tabelle 8).

Tabelle 7 Mahnungen / Prämien, 2014

	Kantone mit Liste			Kantone ohne Liste		
	LU	SH	ZG	BE	SG	ZH
2010/2011						
Versicherer 1	4.3%	4.7%	4.8%	5.7%	10.2%	4.7%
Versicherer 2	5.7%	7.6%	5.1%	9.3%	8.3%	7.5%
Versicherer 3	3.8%	3.5%	2.3%	4.1%	4.2%	3.0%
Versicherer 4	6.1%	8.3%	4.5%	4.9%	6.2%	4.9%
2014						
Versicherer 1	2.8%	2.3%	3.3%	4.0%	4.9%	3.4%
Versicherer 2	5.2%	8.9%	5.9%	10.4%	8.2%	8.2%
Versicherer 3	4.0%	4.6%	2.0%	4.0%	4.6%	3.2%
Versicherer 4	5.5%	7.2%	3.8%	5.4%	6.2%	5.7%
Differenz						
Versicherer 1	-1.5 %P	-2.4 %P	-1.5 %P	-1.6 %P	-5.3 %P	-1.3 %P
Versicherer 2	-0.5 %P	1.3 %P	0.7 %P	1.0 %P	-0.1 %P	0.7 %P
Versicherer 3	0.2 %P	1.1 %P	-0.4 %P	-0.1 %P	0.5 %P	0.2 %P
Versicherer 4	-0.6 %P	-1.1 %P	-0.7 %P	0.5 %P	0.0 %P	0.8 %P
Ø Differenz	-0.6 %P	-0.3 %P	-0.5 %P	-0.1 %P	-1.2 %P	0.1 %P

Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen  
Anmerkung: %P = Prozentpunkte.

Tabelle 8 Difference-in-Differences Mahnungen / Prämien, 2014

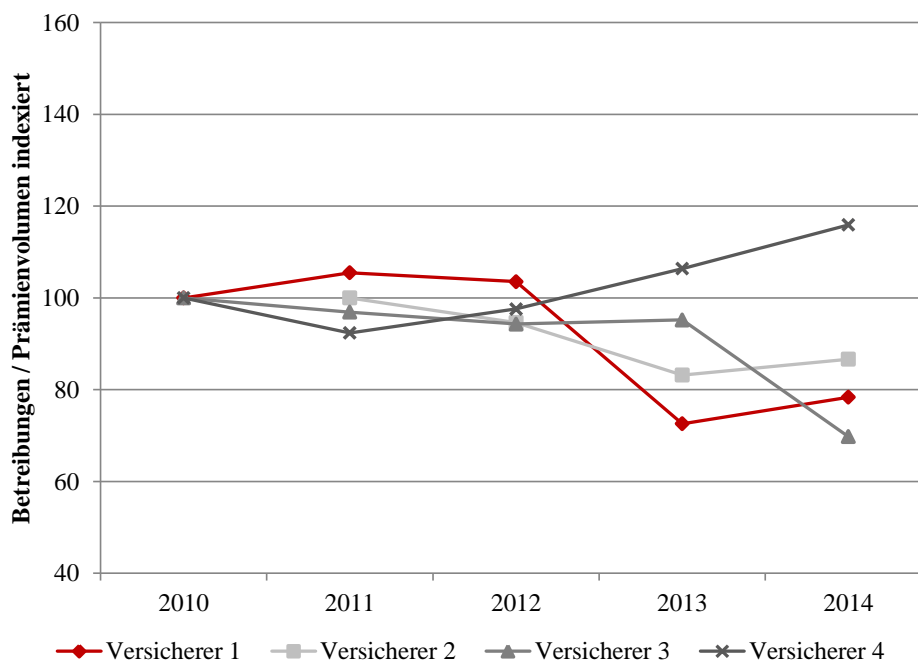
	Kantone mit Liste (Ø)	Kantone ohne Liste (Ø)	Differenz
Versicherer 1	-1.82 %P	-2.73 %P	0.91 %P
Versicherer 2	0.51 %P	0.55 %P	-0.04 %P
Versicherer 3	0.32 %P	0.18 %P	0.13 %P
Versicherer 4	-0.81 %P	0.41 %P	-1.22 %P
Insgesamt (Ø)	-0.45 %P	-0.39 %P	-0.05 %P

Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen  
Anmerkung: %P = Prozentpunkte. Die Differenz ist markiert, wenn sie der Hypothese entspricht.

### Betreibungen

Nachfolgende Abbildung zeigt den Anteil des betriebenen Prämienvolumens in den vergangenen Jahren bei den vier betrachteten Krankenversicherern auf. Wir indexieren die Werte zu Beginn des Beobachtungszeitraums auf 100.

Abbildung 8 *Betreibungen, Entwicklung Schweiz*



Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen

Wir prüfen nun die Hypothese, dass Kantone mit Einführung einer Liste im Jahr 2012 eine stärkere Abnahme oder geringere Zunahme des Betreuungsvolumens im Vergleich zu Kantonen ohne Liste aufweisen.

Im Gesamtergebnis bestätigt sich die Hypothese zwar in Bezug auf das Vorzeichen, aber die Differenz ist noch geringer als bei den Mahnungen. Die Regressionsanalyse (s.o.) ergibt dann auch erwartungsgemäss, dass die Differenz *nicht signifikant* ist (die p-Werte liegen bei etwa 0.8 und somit weit über den gängigen Signifikanzniveaus von 0.01 bis 0.05).

Tabelle 9 *Betreibungen / Prämien*

	Kantone mit Liste			Kantone ohne Liste		
	LU	SH	ZG	BE	SG	ZH
2010/2011						
Versicherer 1	3.4%	3.1%	3.4%	3.8%	8.4%	3.6%
Versicherer 2	1.1%	2.4%	0.9%	2.8%	1.6%	1.8%
Versicherer 3	2.8%	2.7%	1.5%	3.1%	3.3%	2.2%
Versicherer 4	3.1%	5.4%	2.0%	2.7%	3.1%	2.5%
2013/2014						
Versicherer 1	1.9%	1.7%	1.9%	2.6%	4.5%	2.3%
Versicherer 2	1.4%	3.0%	1.2%	3.6%	2.2%	2.1%
Versicherer 3	2.3%	2.6%	1.1%	2.7%	2.8%	1.9%
Versicherer 4	3.4%	4.8%	1.8%	3.3%	3.8%	3.3%
Differenz						
Versicherer 1	-1.5 %P	-1.4 %P	-1.5 %P	-1.2 %P	-3.9 %P	-1.3 %P
Versicherer 2	0.3 %P	0.6 %P	0.3 %P	0.9 %P	0.6 %P	0.4 %P
Versicherer 3	-0.5 %P	-0.1 %P	-0.4 %P	-0.4 %P	-0.5 %P	-0.3 %P
Versicherer 4	0.2 %P	-0.6 %P	-0.2 %P	0.7 %P	0.7 %P	0.7 %P
Ø Differenz	-0.4 %P	-0.4 %P	-0.5 %P	0.0 %P	-0.7 %P	-0.1 %P

Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen

Anmerkung: %P = Prozentpunkte.

Tabelle 10 *Difference-in-Differences Betreibungen / Prämien*

	Kantone mit Liste (Ø)	Kantone ohne Liste (Ø)	Differenz
Versicherer 1	-1.48 %P	-2.13 %P	0.65 %P
Versicherer 2	0.40 %P	0.62 %P	-0.22 %P
Versicherer 3	-0.33 %P	-0.39 %P	0.06 %P
Versicherer 4	-0.19 %P	0.71 %P	-0.90 %P
Insgesamt (Ø)	-0.40 %P	-0.30 %P	-0.10 %P

Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen

Anmerkung: %P = Prozentpunkte. Die Differenz ist markiert, wenn sie der Hypothese entspricht.

Betrachtet man wiederum die Entwicklung zwischen 2010/2011 und 2014 (anstelle des Mittelwertes von 2013/2014), zeigt sich sogar das umgekehrte Ergebnis (allerdings mit einem sehr geringen Wert): Im Durchschnitt über alle Datenquellen weisen Kantone ohne Liste eine geringfügig bessere Entwicklung auf als Kantone mit Liste.

Tabelle 11 *Betreibungen / Prämien, 2014*

	Kantone mit Liste			Kantone ohne Liste		
	LU	SH	ZG	BE	SG	ZH
2010/2011						
Versicherer 1	3.4%	3.1%	3.4%	3.8%	8.4%	3.6%
Versicherer 2	1.1%	2.4%	0.9%	2.8%	1.6%	1.8%
Versicherer 3	2.8%	2.7%	1.5%	3.1%	3.3%	2.2%
Versicherer 4	3.1%	5.4%	2.0%	2.7%	3.1%	2.5%
2014						
Versicherer 1	1.8%	1.6%	2.0%	2.4%	3.4%	2.1%
Versicherer 2	1.3%	3.3%	1.3%	3.8%	2.2%	2.3%
Versicherer 3	2.0%	2.4%	0.9%	2.2%	2.4%	1.6%
Versicherer 4	3.4%	5.0%	1.8%	3.5%	4.0%	3.6%
Differenz						
Versicherer 1	-1.6 %P	-1.5 %P	-1.4 %P	-1.4 %P	-5.0 %P	-1.4 %P
Versicherer 2	0.2 %P	0.8 %P	0.4 %P	1.1 %P	0.6 %P	0.5 %P
Versicherer 3	-0.7 %P	-0.3 %P	-0.6 %P	-1.0 %P	-0.9 %P	-0.6 %P
Versicherer 4	0.3 %P	-0.4 %P	-0.2 %P	0.8 %P	0.9 %P	1.0 %P
Ø Differenz	-0.5 %P	-0.3 %P	-0.4 %P	-0.1 %P	-1.1 %P	-0.1 %P

Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen

Anmerkung: %P = Prozentpunkte.

Tabelle 12 *Difference-in-Differences Betreibungen / Prämien, 2014*

	Kantone mit Liste (Ø)	Kantone ohne Liste (Ø)	Differenz
Versicherer 1	-1.48 %P	-2.61 %P	1.13 %P
Versicherer 2	0.48 %P	0.73 %P	-0.25 %P
Versicherer 3	-0.53 %P	-0.81 %P	0.29 %P
Versicherer 4	-0.09 %P	0.91 %P	-1.00 %P
Insgesamt (Ø)	-0.40 %P	-0.45 %P	0.04 %P

Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen

Anmerkung: %P = Prozentpunkte. Die Differenz ist markiert, wenn sie der Hypothese entspricht.

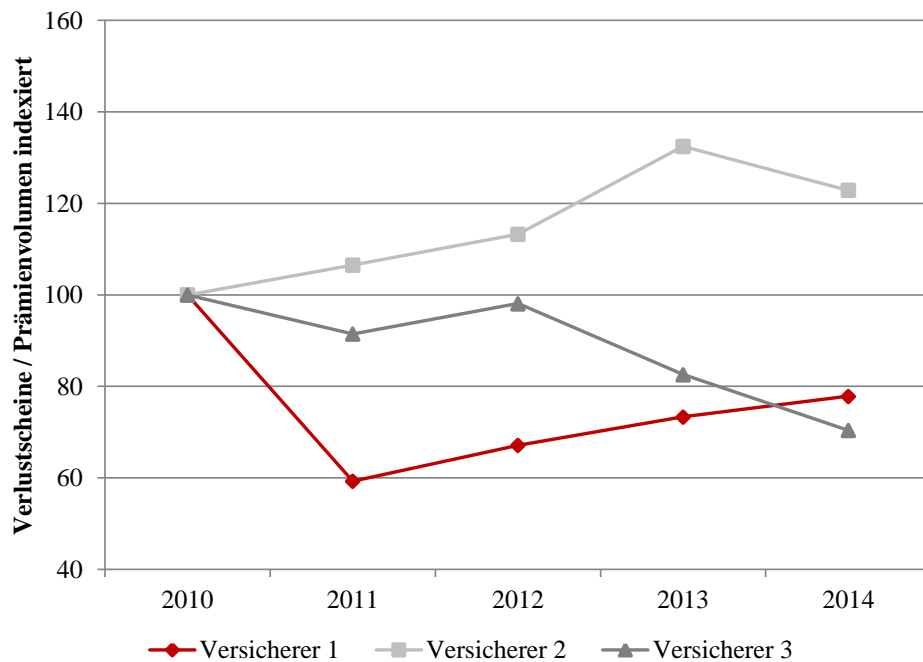
Anmerkung: Bei der Analyse der Betreibungen ist u.E. im Unterschied zu den Mahnungen der Vergleich mit 2014 sogar relevanter. Denn je länger nach Einführung der Liste, desto realistischer sind die Zahlen. Begründung: Es werden oftmals auch Prämienausstände des Vorjahres betrieben.



### Verlustscheine

Nachfolgende Abbildung zeigt den Anteil Verlustscheine am Prämienvolumen in den vergangenen Jahren bei den einzelnen Krankenversicherern auf (indexiert auf 100 im Jahr 2010).

Abbildung 9 Verlustscheine, Entwicklung Schweiz



Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen  
Anmerkung: Daten zu den Verlustscheinen liegen nur von drei Versicherern vor.

Analog zum Vorgehen in den vorangegangenen Abschnitten prüfen wir die Hypothese, dass Kantone mit Einführung der Liste im Jahr 2012 eine stärkere Abnahme oder geringere Zunahme der Verlustscheine im Vergleich zu Kantonen ohne Liste aufweisen. Dies ist im Durchschnitt der Ergebnisse über alle Krankenversicherer und Kantone zwar der Fall, aber wiederum ist die Differenz gering. Die Regressionsanalyse (s.o.) zeigt, dass das Ergebnis *nicht signifikant* ist (die p-Werte liegen bei etwa 0.7 und somit weit über den gängigen Signifikanzniveaus von 0.01 bis 0.05).

Tabelle 13 *Verlustscheine / Prämien*

	Kantone mit Liste			Kantone ohne Liste		
	LU	SH	ZG	BE	SG	ZH
2010/2011						
Versicherer 1	0.6%	0.4%	0.2%	1.1%	1.9%	1.1%
Versicherer 2	0.9%	1.1%	0.3%	1.3%	1.4%	0.9%
Versicherer 3	1.2%	3.0%	0.5%	1.3%	1.2%	1.1%
2013/2014						
Versicherer 1	0.4%	0.5%	0.6%	1.0%	1.8%	0.7%
Versicherer 2	1.1%	1.6%	0.3%	1.8%	1.6%	1.1%
Versicherer 3	0.8%	1.2%	0.1%	1.2%	0.6%	0.9%
Differenz						
Versicherer 1	-0.2 %P	0.1 %P	0.5 %P	-0.1 %P	-0.1 %P	-0.4 %P
Versicherer 2	0.2 %P	0.5 %P	0.0 %P	0.5 %P	0.3 %P	0.2 %P
Versicherer 3	-0.4 %P	-1.8 %P	-0.3 %P	-0.2 %P	-0.6 %P	-0.2 %P
Ø Differenz	-0.2 %P	-0.4 %P	0.0 %P	0.1 %P	-0.1 %P	-0.1 %P

Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen

Anmerkung: %P = Prozentpunkte. Daten zu den Verlustscheinen liegen nur von drei Versicherern vor. Die Reihenfolge ist nicht gleich wie in den vorigen Tabellen.

Tabelle 14 *Difference-in-Differences Verlustscheine / Prämien*

	Kantone mit Liste (Ø)	Kantone ohne Liste (Ø)	Differenz
Versicherer 1	0.13 %P	-0.20 %P	0.33 %P
Versicherer 2	0.22 %P	0.32 %P	-0.10 %P
Versicherer 3	-0.85 %P	-0.31 %P	-0.55 %P
Insgesamt (Ø)	-0.17 %P	-0.06 %P	-0.11 %P

Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen

Anmerkung: %P = Prozentpunkte. Daten zu den Verlustscheinen liegen nur von drei Versicherern vor. Die Differenz ist markiert, wenn sie der Hypothese entspricht.

Nachfolgend aufgeführt ist wiederum die Entwicklung zwischen 2010/2011 und 2014 (anstelle des Mittelwertes von 2013/2014). Der Unterschied zwischen Kantonen mit und ohne Liste ist vernachlässigbar gering.

Anmerkung: Bei den Verlustscheinen ist wie bei den Betreibungen u.E. vor allem der Vergleich mit 2014 relevant. Denn Verlustscheine fallen oftmals auch für das Vorjahr an.

Tabelle 15 Verlustscheine / Prämien, 2014

	Kantone mit Liste			Kantone ohne Liste		
	LU	SH	ZG	BE	SG	ZH
2010/2011						
Versicherer 1	0.6%	0.4%	0.2%	1.1%	1.9%	1.1%
Versicherer 2	0.9%	1.1%	0.3%	1.3%	1.4%	0.9%
Versicherer 3	1.2%	3.0%	0.5%	1.3%	1.2%	1.1%
2014						
Versicherer 1	0.4%	0.5%	0.9%	1.0%	1.2%	0.7%
Versicherer 2	1.1%	1.8%	0.3%	1.7%	1.7%	1.1%
Versicherer 3	0.6%	0.8%	0.1%	1.1%	0.4%	0.8%
Differenz						
Versicherer 1	-0.2 %P	0.1 %P	0.7 %P	-0.1 %P	-0.7 %P	-0.5 %P
Versicherer 2	0.2 %P	0.6 %P	0.0 %P	0.4 %P	0.4 %P	0.2 %P
Versicherer 3	-0.6 %P	-2.1 %P	-0.4 %P	-0.2 %P	-0.8 %P	-0.2 %P
Ø Differenz	-0.2 %P	-0.5 %P	0.1 %P	0.0 %P	-0.4 %P	-0.2 %P

Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen

Anmerkung: %P = Prozentpunkte. Daten zu den Verlustscheinen liegen nur von drei Versicherern vor.

Tabelle 16 Difference-in-Differences Verlustscheine / Prämien, 2014

	Kantone mit Liste (Ø)	Kantone ohne Liste (Ø)	Differenz
Versicherer 1	0.19 %P	-0.42 %P	0.62 %P
Versicherer 2	0.28 %P	0.33 %P	-0.06 %P
Versicherer 3	-1.04 %P	-0.41 %P	-0.63 %P
Insgesamt (Ø)	-0.19 %P	-0.17 %P	-0.02 %P

Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen

Anmerkung: %P = Prozentpunkte. Daten zu den Verlustscheinen liegen nur von drei Versicherern vor. Die Differenz ist markiert, wenn sie der Hypothese entspricht.

### Testen von Varianten

Die vorangehenden Analysen zeigen keine robusten Ergebnisse. Daher wurden weitere Analysen durchgeführt, um zu testen, ob sich möglicherweise doch eine gewisse Systematik in den Resultaten erkennen lässt. Dies ist nicht der Fall: Alle durchgeführten Analysen bestätigen, dass die Differenz in der Entwicklung der Prämienausstände zwischen Kantonen mit und ohne Liste *statistisch nicht signifikant* ist. Folgende Varianten wurden ausgewertet:

- Entwicklung der Anzahl Betreibungen als Alternative zur Summe
- Entwicklung der Betreibungen bei konstant gehaltenem Versichertenbestand. In dieser Auswertung berücksichtigten wir nur Versicherte, die bereits vor Einführung der Liste bei der jeweiligen Versicherung versichert waren, und analysieren, wie sich deren Zahlungsverhalten verändert hat (Entwicklung zwischen 2011 und 2013). Hintergrund: Möglicherweise gibt es noch weitere zeitliche Einflüsse, welche sich in den Vergleichskantonen (oder genauer gesagt: im entsprechenden Versichertenbestand der Vergleichskantone) unterschiedlich entwickeln. Dazu zählen mögliche Änderungen in der Zusammensetzung der Versicherten (beispielsweise bezüglich Haushaltsstruktur, Nationalität, Altersstruktur oder Anteil Arbeitslose), was mit dieser Auswertung kontrolliert werden kann.
- Entwicklung der Prämienausstände im Kanton Thurgau. Hintergrund: Der Kanton Thurgau kennt seit 2007 eine Liste, weshalb eine zeitverzögerte Wirkung hier leichter erkennbar wäre. Ergebnis: Zwischen 2006 (vor Einführung der Liste im Kanton Thurgau) und heute hat sich das Zahlungsverhalten bei allen drei Krankenversicherern, für welche uns Daten von 2006 vorlagen, im Kanton Thurgau etwas besser entwickelt als in der gesamten Schweiz. Allerdings gilt dies beispielsweise auch für den Kanton St. Gallen, welcher in dieser Zeit keine Liste eingeführt hat. Wiederum gilt: Das Ergebnis ist nicht robust.

Die detaillierten Ergebnisse sind in Anhang IV aufgeführt.

### 4.3. Zwischenfazit

Der Kanton Zürich müsste bei Einführung einer Liste säumiger Prämienzahler mit einem Initialaufwand von 200'000 bis 600'000 CHF sowie jährlichen Aufwänden von 850'000 bis 1.8 Mio. CHF rechnen.<sup>46</sup> Für die Krankenversicherer sowie für weitere Akteure fallen ebenfalls Kosten an. Nicht zu vernachlässigen sind schliesslich auch die indirekten Kosten, insbesondere die Anreize für mehr Notfallbehandlungen und die potenziellen Auswirkungen auf die Sozialhilfe.

Die Ergebnisse aus der Datenanalyse können demgegenüber keinen (gesicherten) Nutzen der Liste nachweisen: Die statistischen Auswertungen vermögen nicht aufzuzeigen, dass die Zahlungsmoral der Versicherten durch die Einführung einer Liste steigt und dadurch die Prämienausstände (resp. die Kosten für den Kanton im Rahmen der Verlustscheinübernahme) abnehmen. Denn die Ergebnisse sind statistisch nicht signifikant, die Unterschiede sind – im Vergleich zu den Schwankungen zwischen den Jahren wie auch zwischen den Krankenversicherern – gering und bei einer Variation der Auswertungen dreht sich das Resultate teilweise sogar (= Kantone mit einer neu eingeführten Liste weisen z.T. eine schlechtere Entwicklung der Zahlungsmoral auf als Kantone ohne Liste).

Auch wenn der Beobachtungszeitraum noch relativ kurz ist, müsste ein substantieller Effekt u.E. in den Daten sichtbar sein. Von den Fachpersonen wird die Wirkung teilweise ebenfalls skeptisch beurteilt.<sup>47</sup> Im Kanton Schaffhausen wurde vom Regierungsrat sogar die *Abschaffung der Liste* beantragt. Grund: Es fallen Kosten an, ohne dass ein entsprechender Nutzen geschaffen wird.

Tabelle 17 führt die Kosten und Nutzen im Überblick, Tabelle 18 eine Beurteilung aus Akteurssicht auf.

---

<sup>46</sup> Diese Zahlen berücksichtigen die allfällige Einführung eines Case Managements noch nicht. Die Kosten für ein Case Management (basierend auf Angaben von 3 Gemeinden) können ganz grob auf 2 bis 4 CHF pro Jahr und Einwohner geschätzt werden, d.h. für den Kanton Zürich auf 3 bis 6 Mio. CHF pro Jahr. Vgl. dazu den Einschub in Kapitel 4.1.1.

<sup>47</sup> Beispielsweise sagte ein Krankenversicherer im Rahmen des Fachgesprächs aus, dass „die Kantone, die eine Liste führen, nicht mehr oder weniger Betreibungen oder Verlustscheine [haben]. Der Trend ist in allen Kantonen etwa ähnlich.“

Tabelle 17 Kosten und Nutzen im Überblick

	Ergebnisse
Kosten	<p>Direkte Kosten für den Kanton ZH:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Initialaufwand: 200'000-600'000 CHF</li> <li>- Jährlicher Aufwand: 0.6 bis 1.3 CHF pro Versicherten → 850'000 bis 1.8 Mio. CHF pro Jahr</li> </ul> <p>Mögliche indirekte Kosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zunahme Spital- und Notfallbehandlungen</li> <li>- Zu spät behandelte Gesundheitsprobleme</li> <li>- Potenzielle Verlagerungseffekte in die Sozialhilfe</li> <li>- ggf. Zunahme anderer Ausstände</li> </ul>
Nutzen	Zunahme Zahlungsmoral: keine gesicherte statistische Evidenz

Tabelle 18 Beurteilung der Kosten und Nutzen

	Beurteilung aus Akteurssicht
Kanton / Gemeinden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 9 Kantone mit Liste, wovon 1 Kanton die Liste evtl. wieder abschafft</li> <li>- 17 Kantone ohne Liste</li> </ul>
Leistungserbringer	<p>Tendenziell für eine Liste: Umfrage bei den Leistungserbringern (vgl. Kanton Aargau, 2014):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 70% (eher) ja</li> <li>- 20% (eher) nein</li> </ul>
Krankenversicherer	<p>Tendenziell gegen eine Liste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- santésuisse: schlechtes Kosten-Nutzen-Verhältnis</li> <li>- Umfrage bei den Krankenversicherern im Kanton Aargau (2014): 56% (eher) nein, 22% (eher) ja</li> </ul>
Versicherte	Caritas: gegen eine Liste

## 5. Säumige Prämienzahler auf der Liste

Neben den Kosten und Nutzen einer Liste stellt sich die Frage, welche Versicherten von einer Liste betroffen wären. Oder anders ausgedrückt: Wie lassen sich säumige Prämienzahler charakterisieren?

### *Alter und Geschlecht*

Die Kantone Schaffhausen, Zug und Thurgau sowie ein Krankenversicherer haben uns Informationen zu Alter und Geschlecht der betroffenen Personen zur Verfügung gestellt. Zu beachten ist, dass sich die Angaben der Kantone auf die Personen auf der Liste in ihrem Kanton beziehen, diejenigen des Krankenversicherers auf Personen mit Betreibungen resp. Verlustscheinen in der ganzen Schweiz (unabhängig davon, ob sie auf einer Liste sind oder nicht).

Die Ergebnisse zur Altersverteilung sind nachfolgend aufgeführt. Anmerkung: Da die Kantone Zug und Schaffhausen keine minderjährigen Personen auf der Liste erfassen, bezieht sich die Verteilung nur auf erwachsene Personen.

*Tabelle 19 Säumige Prämienzahler nach Alter, Liste SH*

	Verteilung Bevölkerung Schweiz	Liste Kanton Schaffhausen (n=226)
19-25 Jahre	11%	15%
26-40 Jahre	26%	29%
41-65 Jahre	43%	50%
über 65 Jahre	20%	6%
Insgesamt	100%	100%

Quelle: Fachgespräch Kanton Schaffhausen und BFS STATPOP (2013)

*Tabelle 20 Säumige Prämienzahler nach Alter, Liste ZG*

	Verteilung Bevölkerung Schweiz	Liste Kanton Zug (n=124)
19-30 Jahre	19%	17%
31-65 Jahre	61%	rund 80%
über 65 Jahre	20%	absolute Ausnahmen
Insgesamt	100%	100%

Quelle: Fachgespräch Kanton Zug und BFS STATPOP (2013)

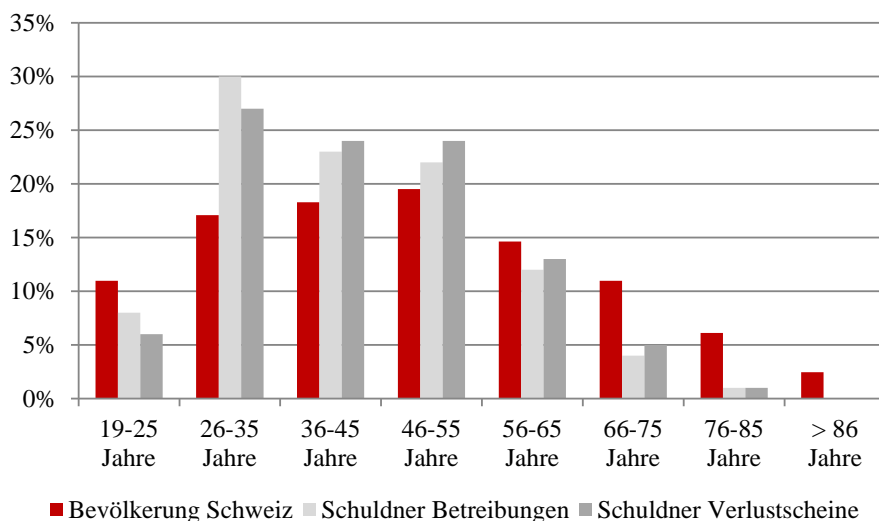
Tabella 21 Säumige Prämienzahler nach Alter, Liste TG

	Verteilung Bevölkerung Schweiz	Liste Kanton Thurgau (n=6580, 31.12.2011)
bis 18 Jahre	19%	13%
19-25 Jahre	9%	11%
26-65 Jahre	57%	72%
über 65 Jahre	16%	4%
Insgesamt	100%	100%

Quelle: Fachgespräch Kanton Thurgau und BFS STATPOP (2013)

Die auf den Listen erfassten Personen sind mehrheitlich Personen zwischen 19 und 65 Jahren; ältere Personen sind kaum betroffen. Dies kann möglicherweise damit erklärt werden, dass für diese Personengruppe Ergänzungsleistungen ausgerichtet werden, welche im Vergleich zur Sozialhilfe höher angesetzt sind und die gesamte (Durchschnitts-)Prämie übernehmen. Ein anderer Grund könnte darin liegen, dass ältere Personen stärker medizinische Leistungen benötigen und daher der Bezahlung der Krankenkassenprämien möglicherweise eine höhere Priorität einräumen.

Abbildung 10 Säumige Prämienzahler nach Alter



Quelle: Daten eines Krankenversicherers (Durchschnitt 2011-2013) und BFS STATPOP (2013)

Die von Betreibungen resp. Verlustscheinen betroffenen Personen zeigen ebenfalls, dass ältere Personen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich untervertreten sind.



In Bezug auf die Betreibungen und noch stärker bezüglich Verlostscheine weisen die Daten des Krankenversicherers zudem darauf hin, dass junge Erwachsene (19-25 Jahre) ebenfalls weniger oft betroffen sind. Dies liegt möglicherweise in den für diese Altersgruppe teilweise grosszügigeren Prämienverbilligungen. Zu beachten ist allerdings, dass dieses Bild nicht einheitlich ist (vgl. Kanton Schaffhausen wie auch die Ergebnisse von Wyl, 2014).

In Bezug auf das *Geschlecht* sind Männer deutlich stärker vertreten wie nachfolgende Auswertung zeigt.

*Tabelle 22 Säumige Prämienzahler nach Geschlecht*

	männlich	weiblich
Verteilung Schuldner Betreibungen	66%	33%
Verteilung Schuldner Verlostscheine	65%	35%
Verteilung Schuldner Liste SH	58%	42%
Verteilung Schuldner Liste ZG	67%	33%
Verteilung Bevölkerung Schweiz	49%	51%

Quelle: Fachgespräche Kanton Schaffhausen und Zug, Daten eines Krankenversicherers (Durchschnitt 2011-2013, Betreibungen und Verlostscheine) und BFS STATPOP (2013)

Bezüglich Familienstand zeigen die Auswertungen des Krankenversicherers, dass 56% der Schuldner (Betreibungen) resp. 47% der Schuldner (Verlostscheine) Einzelpersonen sind, der Rest Familien.

### *Zugang und Weggang*

Die Frage der Fluktuationen, das heisst wie lange die Personen durchschnittlich auf der Liste verbleiben, variiert je nach Kanton. Auch wenn nur Informationen zu drei Kantonen vorliegen, fällt auf, dass die beiden Kantone mit dem Kriterium „Vorliegen eines Verlostscheins“ eine deutlich geringere Fluktuation aufweisen. In dieselbe Richtung geht die Aussage eines befragten Krankenversicherers, dass 60% der Schuldner mit Verlostscheinen im Jahr 2014 bereits im Vorjahr einen Verlostschein erhalten haben; es handelt sich somit um mehrheitlich dauerhaft zahlungsunfähige Personen.

Tabelle 23 *Fluktuationen*<sup>48</sup>

	Fluktuation	Erfassung auf Liste
SH	gering	Vorliegen des Verlustscheins
ZG	gering	Vorliegen des Verlustscheins
TG	hoch 2014: 6345 Personen kamen neu auf die Liste, 5047 Personen kamen von der Liste herunter (Bestand Ende 2014: 8030 Personen)	Anhebung der Betreuung

Quelle: Fachgespräche

Auch wenn eine starke Fluktuation grundsätzlich positiv zu werten ist, ist zu beachten, dass sie hohe Anforderungen an die Aktualität und somit den Aufwand stellt.

#### *Zahlungsunfähigkeit und Zahlungsunwilligkeit*

In den Beratungen zur Revision des KVG wurde betont, dass Art. 64a, Abs. 7 zahlungsunwillige – nicht zahlungsunfähige – Personen treffen soll.<sup>49</sup> Die Kantone setzen dies oftmals mit der Regelung um, dass Bezüger von Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe von der Liste ausgenommen werden (vgl. Kapitel 2.2. ). Damit kann allerdings u.E. nicht gewährleistet werden, dass zahlungsunfähige Personen nicht erfasst werden. Dies primär aus folgenden Gründen:

- Nicht der Bezug von Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe, sondern der Anspruch darauf ist entscheidend für die Frage, ob jemand als zahlungsunfähig eingeschätzt werden muss. Eng damit zusammen hängt die Frage, ob die Gemeinden die Anspruchsberechtigung prüfen (z.B. im Rahmen eines Case Managements). Wie in Kapitel 4.1.2. erwähnt, ist die Nichtbezugsquote von Leistungen der Sozialhilfe substanziell (zwischen 45 und 86% der Anspruchsberechtigten beziehen keine Leistungen). Auch der Umstand, dass in der Schweiz rund 600'000 Personen armutsbetroffen und weitere 400'000 Personen armutsgefährdet sind, während „nur“ 250'000 Personen Sozialhilfe beziehen, deutet auf einen hohen Nicht-Bezug hin.

<sup>48</sup> Für den Kanton Solothurn, welcher seit November 2012 eine Liste führt, liegen ebenfalls Zahlen vor: Es wird angegeben, dass innerhalb der ersten neun Monate rund 50 Personen wieder von der Liste gelöscht werden konnten; der aktuelle Bestand beträgt 650 Personen. Vgl. Kanton Solothurn (2013).

<sup>49</sup> Vgl. z.B. Kanton Luzern (2011).

- Einkommensschwache Personen, welche knapp oberhalb des Sozialhilfeanspruchs liegen, werden auf der Liste erfasst – im Unterschied zu den Sozialhilfebezüglern. Dass diese Personengruppe besonders häufig mit finanziellen Problemen zu kämpfen hat, zeigen die Aussagen von zwei Krankenversicherern wie auch die Analyse von Wyl (2014) auf.
- Eine Betreuung, aus der ein Verlustschein resultiert, bestätigt die Zahlungsunfähigkeit einer Person. Die Leistungssistierung wird zu diesem Zeitpunkt allerdings nicht in allen Kantonen aufgehoben – teilweise beginnt sie sogar erst unter dieser Voraussetzung. Aber auch in Kantonen, bei welchen die Personen bei Vorliegen eines Verlustscheins resp. nach Zahlung der 85% durch den Kanton von der Liste genommen werden, kann die Zeitspanne zwischen Betreibungsbegehren und Vorliegen des Verlustscheins zwischen 40 Tagen und 3 Jahren betragen, wobei der Durchschnitt bei ca. 1.5 Jahren liegt (Angaben aus den Fachgesprächen). Während dieser Zeit sind die Personen ggf. auf der Liste erfasst und von einem Leistungsaufschub betroffen.
- Eine Studie mit Daten der CSS-Versicherten hat zudem gezeigt, dass knapp 40% der Betreibungen chronisch Kranke und deren Familienmitglieder betreffen.<sup>50</sup> In diesen Fällen ist wahrscheinlich eher von einer Zahlungsunfähigkeit denn einer Zahlungsunwilligkeit auszugehen.

Zu beachten ist, dass die Nicht-Aufnahme von Bezüglern von Sozialhilfe und Ergänzungsleistungen für die Kantone auch einen finanziellen Aspekt hat: Bei Bezüglern von EL und Sozialhilfe werden die Behandlungskosten resp. die medizinische Grundversorgung vom Staat bezahlt. Wenn die Personen auf der Liste verbleiben, müssen die Behandlungskosten trotzdem übernommen werden.<sup>51</sup>

Werden Bezüglern von EL und Sozialhilfe betrieben, endet dies i.d.R. zudem mit einem Verlustschein. Der Kanton muss daher 85% der (alten) Prämienausstände übernehmen (inkl. Betreuungskosten). Aus diesem Grund setzt der Kanton St. Gallen das Betreibungsverfahren bei Bezüglern von EL und Sozialhilfe nicht fort und setzt sie auch nicht auf die Liste. Auch im Kanton Zürich gilt die Regelung, dass die Krankenversicherer die betriebenen Personen melden und die Betreuung bei Bezüglern von Sozialhilfe nicht fortgesetzt wird.<sup>52</sup>

---

<sup>50</sup> Vgl. von Wyl (2014). Analyse von Daten von rund 540'000 Prämienzahlern.

<sup>51</sup> Alternative: Der Kanton bezahlt die früheren Prämienausstände, was ihn jedoch 135% der Prämienausstände kostet. Vgl. Fussnote 34.

<sup>52</sup> Vgl. Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz (EG KVG) vom 13. Juni 1999, Art. 18a.

*Einschub: Prämienausstände und IPV*

Verschiedene Interviewpersonen erwähnten den engen Zusammenhang zwischen der Auszahlung der individuellen Prämienverbilligung (IPV) und den Prämienausständen. So ist es möglich, dass Personen auf der Liste erfasst werden, weil die IPV „zu spät“ überwiesen wird. Denn bei der IPV besteht ein Zielkonflikt: Im KVG wird sowohl das Abstützen der Berechnung der IPV auf aktuelle Einkommens- und Vermögensdaten als auch die Anforderung, dass die Berechtigten den Zahlungen nicht vorschussweise nachkommen sollten, genannt. Dieses Spannungsverhältnis erfordert eine Gewichtung der Zielsetzungen durch die Kantone. Diejenigen Kantone, welche die Aktualität der Berechnung als wichtiger erachten, können die IPV-Meldungen in der Folge erst relativ spät an die Krankenversicherer liefern (z.B. Kanton Thurgau). Dies führt dazu, dass der Inkassoprozess für die volle Prämie eingeleitet wird und die Personen möglicherweise bereits auf die Liste gesetzt werden (obwohl sie gar nicht die gesamte Prämie bezahlen müssten). Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, sich in einem solchen Fall an den Kanton resp. die Gemeinde (oder auch den Krankenversicherer) zu wenden. Nach Aussage eines Kantons und eines Krankenversicherers wird dies jedoch oftmals nicht getan.

Anmerkung: Der Kanton Zürich wäre bei Einführung einer Liste aktuell von diesem Problem nicht betroffen: Die Prämien werden bereits ab Januar verbilligt. Dies ist möglich, weil die IPV auf älteren Steuerdaten basieren (drei Jahre vor dem IPV-Jahr). Obwohl dies wie oben aufgeführt positiv zu werten ist, ist zu beachten, dass sich die finanziellen Verhältnisse aufgrund der Zeitverzögerungen deutlich ändern und daraus finanzielle Probleme resultieren können.<sup>53</sup>

Es gilt schliesslich zu erwähnen, dass die Prämienausstände insbesondere dann ein Problem darstellen, wenn die Prämien in einem Kanton besonders hoch und/oder die Ausgaben für die IPV relativ tief sind. Dies bestätigt beispielsweise die Analyse von CSS-Daten (vgl. von Wyl, 2014), welche aufzeigt, dass das Betriebsrisiko in Städten und Regionen mit hohen Prämien<sup>54</sup> sowie bei einem Teilanspruch IPV am höchsten ist.

---

<sup>53</sup> Eine Neu-Berechnung der IPV bei veränderten wirtschaftlichen Verhältnissen ist zwar möglich, muss aber beantragt werden.

<sup>54</sup> Dies bestätigt auch ein befragter Krankenversicherer.

## 6. Synthese und Fazit

Die Datenauswertungen in der vorliegenden Analyse zeigen keine gesicherte Evidenz für eine bessere Entwicklung der Prämienausstände in Kantonen mit Liste im Vergleich zu Kantonen ohne Liste: Die Ergebnisse sind statistisch nicht signifikant, die Unterschiede sind – im Vergleich zu den Schwankungen zwischen den Jahren wie auch zwischen den Krankenversicherern – gering und bei einer Variation der Auswertungen dreht sich das Resultate teilweise sogar.

Wenngleich methodische Unsicherheiten bestehen (insbesondere der relativ kurze Zeithorizont), liegt das Problem u.E. im Konstrukt der Liste. Wenngleich diese auf den ersten Blick sinnvoll und gerecht erscheinen mag, zeigen sich auf den zweiten Blick Probleme. Diese können am besten erläutert werden, wenn man die Wirkung der Liste nach Personengruppen differenziert darstellt:

- Bei Personen, die ihre Prämien zum Zeitpunkt der Betreuung bezahlen können (= zahlungsunwillige Personen), resultieren für den Kanton keine Kosten (ob mit oder ohne Liste), da die Prämienausstände im Laufe der Betreuung von den betriebenen Personen beglichen werden. Der Kanton würde nichts sparen, wenn die Personen früher bezahlen (da kein Verlustschein resultiert).<sup>55</sup> Falls die Betreibungen dies aktuell nicht gewährleisten, müssten u.E. die Betreibungsverfahren optimiert werden, bevor ein neues Instrument geschaffen wird. Dies gilt umso mehr, als eine Ungleichbehandlung von nicht bezahlten Prämien und anderen Ausständen wie z.B. Steuern oder nicht bezahlte Arztrechnungen inhaltlich schwer nachvollziehbar ist.
- Bei Personen, die ihre Prämien zum Zeitpunkt der Betreuung nicht bezahlen können (= zahlungsunfähige Personen), resultiert ein Verlustschein, wovon der Kanton 85% übernimmt.<sup>56</sup> Daran würde die Liste nur etwas ändern, wenn sie präventiv<sup>57</sup> in dem Sinne wirkt, dass einkommensschwache Personen der Begleichung von Prämienforderungen einen höheren Stel-

---

<sup>55</sup> Bei Personen, welche aktuell zahlungsunfähig sind (weil sie z.B. ihr Budget falsch eingeteilt haben), aber grundsätzlich genug verdienen, kann der Lohn gepfändet werden.

<sup>56</sup> Zu beachten ist, dass die Definition einer Zahlungsunfähigkeit nicht eindeutig ist. Beispielsweise liegt das betriebsrechtliche Existenzminimum über dem sozialen Existenzminimum: Grundbedarf beim betriebsrechtlichen Existenzminimum für eine alleinstehende Person im Kanton Zürich: 1200 CHF pro Monat, beim sozialen Existenzminimum (SKOS-Richtlinien): 986 CHF pro Monat. Wir definieren hier die Zahlungsunfähigkeit anhand des betriebsrechtlichen Existenzminimums (es resultiert also ein Verlustschein), da wir davon ausgehen, dass auch Personen, welche knapp über dem Sozialhilfeanspruch sind, nicht zur eigentlichen Zielgruppe der Liste gehören.

<sup>57</sup> Anmerkung: Die Rangordnung der Gläubiger muss im Betreibungsverfahren eingehalten werden.

lenwert einräumen – dies aber dann möglicherweise zulasten von anderen Ausgaben (z.B. Steuern, Miete). Aufgrund der hohen Nichtbezugsquote bei der Sozialhilfe ist auch der Effekt, dass ggf. mehr Personen Sozialhilfe in Anspruch nehmen, als potenziell bedeutend einzuschätzen. Somit werden zahlungsunfähige Personen entweder sanktioniert (obwohl sie nicht die Zielgruppe der Liste sind) oder die Kosten werden verlagert.

Eine allfällige *präventive* Wirkung der Liste wird in den Fachgesprächen skeptisch beurteilt, beispielsweise aufgrund der zu geringen Bekanntheit der Liste bei den betroffenen Personen. Gemäss Aussagen in den Fachgesprächen kann die Wirkung bei Personen, welche *einmalig* betrieben werden, das Zahlungsverhalten punktuell positiv beeinflussen, wenn ein Listeneintrag angekündigt wird. Die quantitative Bedeutung dieser Wirkung ist jedoch eher als gering einzuschätzen, worauf auch unsere Datenauswertungen hinweisen. Auf sog. *Dauerschuldner* wird des Weiteren tendenziell kein Effekt der Liste erwartet. Begründung: Bereits auf der Liste erfasste Personen haben keinen Anreiz, ihre Prämien zu bezahlen, sofern sie nicht in der Lage sind, auch ihre (früheren) Schulden zu begleichen. Denn sie sind sowieso bereits von einem Leistungsaufschub betroffen.

Aufgrund der vorliegenden Analyse muss das Kosten-Nutzen-Verhältnis einer Liste somit skeptisch beurteilt werden. Denn während sicherlich Kosten generiert werden, kann ein Nutzen nicht belegt werden.

## Literatur

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994

Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG) vom 11. April 1889

Cameron, A. C. & Trivedi, P. K. (2005): *Microeconomics: methods and applications*. Cambridge university press

Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz (EG KVG) vom 13. Juni 1999 des Kantons Zürich

Farago, P., Brunner, B. und Hutter Király, P. (2004): Prekäre Lebenslagen: Subjektive Bewertungen und Handlungsstrategien in Haushalten mit knappen finanziellen Ressourcen. Beiträge zur sozialen Sicherung

Kanton Aargau (2014): Einführung einer Liste der säumigen Versicherten – Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG); Änderung, BOTSCHAFT AN DEN GROSSEN RAT, 12. Februar 2014

Kanton Basel-Landschaft (2014): Teilrevision des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG): Liste mit säumigen Versicherten und Leistungsaufschub, Vorlage an den Landrat des Kantons Basel-Landschaft

Kanton Luzern (2011): Botschaft des Regierungsrates an den Kantonsrat zum Entwurf von Änderungen des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung und des Prämienverbilligungsgesetzes (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen), 31. Mai 2011

Kanton Solothurn (2013): Kleine Anfrage Tobias Fischer (SVP, Hägendorf): Bewirtschaftung der Liste über die säumigen Prämienzahler (03.07.2013), Stellungnahme des Regierungsrates, Regierungsratsbeschluss vom 13. August 2013

Kanton St. Gallen (2011): V. Nachtrag zum Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung, Botschaft und Entwurf der Regierung vom 25. Oktober 2011

Kanton Zug (2011): Monitoring Leistungsaufschübe per 31. Dezember 2011

Kanton Zürich (2011): Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich, Sitzung vom 21. Dezember 2011, 1575. Interpellation (Leistungsstopp bei säumigen Zahlern von Krankenkassenprämien).

Leu, R.E., Burri, S. und Priester, T. (1997): Lebensqualität und Armut in der Schweiz. Bern: Haupt

Pécoud, A. (2015): „Wegen knapper Kasse nicht zum Arzt“, Primarycare – Die schweizerische Zeitschrift für Hausarztmedizin, 2015;15(8):135–137

Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung vom 20. Dezember 2011 des Kantons Thurgau

Verordnung über den Vollzug des Krankenversicherungsgesetzes vom 9. Juli 1996 des Kantons Schaffhausen

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Verordnung zum Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 22. Mai 2012 des Kantons Luzern

von Wyl (2014): Betreibungen in der Grundversicherung: Ausdruck mangelnder Solidarität oder finanzieller Not?", in: SGGP (Hrsg) . Brennpunkt Solidarität. Diskussionsbeiträge zur Weiterentwicklung der Sozialen Krankenversicherung. Band 125, Bern

Wooldridge, J. (2012): *Introductory econometrics: A modern approach*. Cengage Learning



## Anhang I: Fachgespräche

Nachfolgend aufgeführt sind die befragten Personen. Teilweise wurden im Rahmen der Fachgespräche auch Daten zur Verfügung gestellt. Bei den Abklärungen für die Studie wurden zudem weitere Institutionen kontaktiert (Bundesamt für Gesundheit, SASIS AG, Konferenz der Betriebs- und Konkursbeamten der Schweiz, Verband der Gemeindeammänner und Betriebsbeamten des Kantons Zürich, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren).

*Tabelle 24 Fachgespräche Kantone*

Kanton	Amt	Person
Luzern	Stelle für ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen Luzern STAPUK	Alan Rogger
Schaffhausen	Sozialversicherungsamt	Bruno Bischof
Zug	Durchführungsstelle Krankenversicherungsausstände, Soziale Dienste der Stadt Zug	Charlotte Kaufmann
Thurgau	Gesundheitsamt des Kantons Thurgau	Raphael Herzog
St. Gallen	Gesundheitsdepartement, Amt für Gesundheitsversorgung	Yvonne Dietrich
Graubünden	Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden	Urban Spescha

*Tabelle 25 Fachgespräche Krankenversicherer*

Institution	Person
Helsana	Christian Kaufmann / Chris Britt / Wolfram Strüwe / Philipp Hurschler
SWICA	Grazia Coppola
Groupe Mutuel	Christian Feldhausen
CSS	Walter Vogt

*Tabelle 26 Fachgespräche weitere Interviewpersonen*

Institution	Person
santésuisse	Axel Reichlmeier
Figeas <sup>58</sup>	Harry Stauffer
Caritas	Claudia Odermatt

<sup>58</sup> Figeas ist ein auf den Bereich Krankenversicherung spezialisiertes Inkassounternehmen; es verwaltet u.a. das Inkasso der Assura Krankenversicherung.

## Anhang II: Sozialhilfequoten

Tabelle 27 Entwicklung Sozialhilfequoten

	Sozialhilfequote 2011 (in %)	Sozialhilfequote 2013 (in %)	Veränderung (in %-Punkten)
<b>Kantone mit Liste seit 2012</b>			
Luzern	2.04	2.14	0.10 %-P
Schaffhausen	2.30	2.41	0.10 %-P
Zug	1.59	1.67	0.08 %-P
Solothurn	3.18	3.46	0.29 %-P
Tessin	2.04	2.41	0.37 %-P
<b>Mittelwert</b>			<b>0.19 %-P</b>
<b>Kantone ohne Liste oder mit einer früheren / späteren Einführung</b>			
Zürich	3.17	3.18	0.01 %-P
Bern	4.19	4.24	0.05 %-P
St. Gallen	2.06	2.21	0.16 %-P
Uri	1.08	1.12	0.03 %-P
Schwyz	1.43	1.50	0.07 %-P
Obwalden	1.16	1.13	-0.03 %-P
Nidwalden	0.90	0.91	0.00 %-P
Glarus	2.00	2.00	0.00 %-P
Freiburg	2.36	2.51	0.15 %-P
Basel-Stadt	5.89	6.07	0.18 %-P
Basel-Landschaft	2.32	2.60	0.29 %-P
Appenzell Ausserrhoden	1.82	1.99	0.17 %-P
Appenzell Innerrhoden	0.92	1.11	0.18 %-P
Graubünden	1.13	1.20	0.07 %-P
Aargau	1.93	2.03	0.10 %-P
Thurgau	1.64	1.64	0.00 %-P
Waadt	4.85	5.03	0.17 %-P
Wallis	1.39	1.68	0.29 %-P
Neuenburg	6.68	7.25	0.57 %-P
Genf	4.03	5.41	1.38 %-P
Jura	2.20	2.56	0.36 %-P
<b>Mittelwert</b>			<b>0.20 %-P</b>

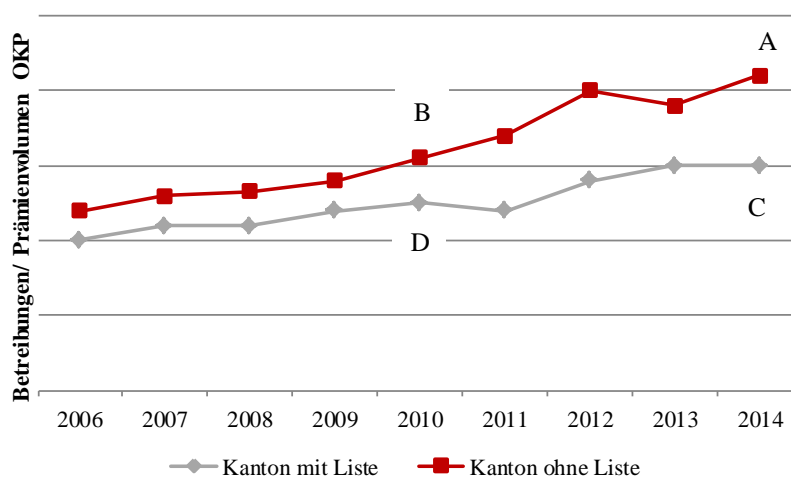
Datenquelle: BFS Sozialhilfestatistik (2011 und 2013)

## Anhang III: Methodik

### *Difference-in-Differences Methode*

Zur Illustration der Difference-in-Differences Methode soll der Ansatz grafisch dargestellt werden (Beispiel Betreibungen). Im nachfolgenden Beispiel würde der Einfluss der Liste für den Zeitraum 2010-2014 folgendermassen geschätzt (vgl. Abbildung 11):  $(A-C) - (B-D)$ .

Abbildung 11 Darstellung der Difference-in-Differences Methode



Am selben Beispiel lässt sich der Vorteile der Methode im Vergleich zu reinen Querschnitt- oder Längsschnittanalysen aufzeigen:

- Die Methode berücksichtigt die strukturellen Faktoren in den Kantonen, welche die Ergebnisse bei einem Querschnittvergleich verzerren können. Der Querschnittvergleich würde nämlich einen Einfluss der Liste in Höhe von A-C suggerieren und dabei nicht berücksichtigen, dass der Kanton mit Liste bereits vor Einführung der Liste geringere Betreibungen aufwies.
- Die Methode berücksichtigt zeitliche Einflüsse, welche die Ergebnisse bei einem Längsschnittvergleich verzerren können. Der Längsschnittvergleich würde nämlich einen positiven Einfluss der Liste verneinen und dabei nicht berücksichtigen, dass die Betreibungen bei allen Kantonen zugenommen haben, beim Kanton mit Liste jedoch weniger stark.

Der Ansatz macht eine grundlegende Annahme: Die Differenz zwischen den beiden Gruppen muss in Abwesenheit der Massnahme über die Zeit konstant bleiben. Diese Annahme ist deutlich plausibler, wenn die beiden Gruppen ähnliche Merkmale aufweisen und vor Einführung der Massnahme einen ähnlichen (d.h. paralle-

len) Zeittrend haben. Wir betrachten daher nur Vergleichskantone, welche vor 2012 keine Vereinbarungen mit Versicherern gemäss Art. 105c, Abs. 6 KVV getroffen hatten.

### *Regressionsmodell*

Das Regressionsmodell entspricht einer linearen Regression nur mit Dummy-Variablen und ist somit vollständig nicht-parametrisch. Auf eine komplexe Modellierung mit nicht-linearen Modellen kann somit verzichtet werden. Es wurden zwei Modellvarianten getestet:

$$\text{Modell 1: } y = \beta_0 + \beta_1 T + \beta_2 D + \beta_3 T * D + \varepsilon$$

$$\text{Modell 2: } y = \beta_0 + \beta_1 T + \beta_2 D + \beta_3 T * D + \beta_4 V_1 + \beta_5 V_2 + \beta_6 V_3 + \varepsilon$$

wobei folgendes gilt:

$y$  = Prämienausstände (Mahnungen, Betreibungen, Verlustscheine) / Prämienvolumen

$T$  = Zeitpunkt;  $T=0$ , falls 2010 oder 2011,  $T=1$ , falls 2013 oder 2014

$D$  = Gruppe;  $D=1$ , falls LU, SH, ZG (Treatment-Gruppe),  $T=0$ , falls BE, SG, ZH (Kontrollgruppe)

$\beta_1$  = Niveaueffekt

$\beta_2$  = Zeiteffekt (Annahme: Der Zeiteffekt unterscheidet sich nicht zwischen den beiden Gruppen)

$\beta_3$  = Treatment-Effekt (= Effekt der Liste). Herleitung des Treatment-Effekts:

- Entwicklung Kontrollgruppe:  $\Delta_1$  = erwartete Prämienausstände zum Zeitpunkt 1 – erwartete Prämienausstände zum Zeitpunkt 0 =  $(\beta_0 + \beta_1) - \beta_0 = \beta_1$
- Entwicklung Treatment-Gruppe:  $\Delta_2$  = erwartete Prämienausstände zum Zeitpunkt 1 – erwartete Prämienausstände zum Zeitpunkt 0 =  $(\beta_0 + \beta_1 + \beta_2 + \beta_3) - (\beta_0 + \beta_2) = \beta_1 + \beta_3$

$$\rightarrow \text{Treatment-Effekt} = \Delta_2 - \Delta_1 = \beta_1 + \beta_3 - \beta_1 = \beta_3$$

$V_1, V_2, V_3$  = Dummy für die Versicherung

Beide Modelle wurden sowohl mit konventionellen Standardfehlern als auch cluster-robusten Standardfehlern geschätzt. Letztere berücksichtigen, dass die Beobachtungen innerhalb einer Versicherung miteinander korreliert sein können.

## Anhang IV: Ergänzende Analysen

### Entwicklung der Anzahl

Tabelle 28 *Betreibungen / Versicherte*

	Kantone mit Liste			Kantone ohne Liste		
	LU	SH	ZG	BE	SG	ZH
2010/2011						
Versicherer 1	7.3%	5.3%	5.4%	8.3%	17.1%	9.6%
Versicherer 2	3.7%	8.3%	2.3%	8.6%	4.3%	5.8%
Versicherer 3	6.4%	6.2%	3.8%	7.5%	7.2%	5.5%
Versicherer 4	14.9%	21.9%	9.8%	12.1%	13.7%	11.9%
2013/2014*						
Versicherer 1	4.1%	3.8%	5.4%	5.9%	9.9%	6.3%
Versicherer 2	5.1%	11.4%	3.3%	12.7%	7.1%	7.8%
Versicherer 3	5.4%	6.3%	3.1%	7.6%	7.0%	5.4%
Versicherer 4	14.0%	17.9%	7.3%	13.4%	14.4%	13.4%
Differenz						
Versicherer 1	-3.2 %P	-1.4 %P	0.0 %P	-2.4 %P	-7.1 %P	-3.3 %P
Versicherer 2	1.5 %P	3.1 %P	1.0 %P	4.0 %P	2.8 %P	2.0 %P
Versicherer 3	-1.0 %P	0.1 %P	-0.7 %P	0.1 %P	-0.2 %P	-0.1 %P
Versicherer 4	-0.9 %P	-4.0 %P	-2.5 %P	1.4 %P	0.7 %P	1.4 %P
Ø Differenz	-0.9 %P	-0.6 %P	-0.6 %P	0.8 %P	-1.0 %P	0.0 %P

Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen

Anmerkung: %P = Prozentpunkte. \* Versicherer 3: Daten von 2013

Tabelle 29 *Difference-in-Differences Betreibungen / Versicherte*

	Kantone mit Liste (Ø)	Kantone ohne Liste (Ø)	Differenz
Versicherer 1	-1.53 %P	-4.29 %P	2.77 %P
Versicherer 2	1.82 %P	2.94 %P	-1.12 %P
Versicherer 3	-0.53 %P	-0.08 %P	-0.45 %P
Versicherer 4	-2.49 %P	1.17 %P	-3.66 %P
Insgesamt (Ø)	-0.68 %P	-0.07 %P	-0.61 %P

Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen

Anmerkung: %P = Prozentpunkte. Die Differenz ist markiert, wenn sie der Hypothese entspricht.

*Entwicklung bei konstantem Versichertenbestand*Tabelle 30 *Betreibungen / Prämien, Versichertenbestand konstant*

	Kantone mit Liste			Kantone ohne Liste		
	LU	SH	ZG	BE	SG	ZH
2011						
Versicherer 1	7.7%	5.8%	9.7%	8.8%	19.3%	9.4%
Versicherer 2	7.7%	7.9%	4.4%	9.7%	9.0%	6.8%
2013						
Versicherer 1	7.1%	5.8%	9.1%	8.6%	18.4%	9.5%
Versicherer 2	8.0%	9.1%	4.4%	10.3%	9.8%	8.0%
Differenz						
Versicherer 1	-0.6 %P	0.0 %P	-0.5 %P	-0.2 %P	-0.9 %P	0.1 %P
Versicherer 2	0.3 %P	1.2 %P	-0.1 %P	0.6 %P	0.9 %P	1.2 %P
Ø Differenz	-0.2 %P	0.6 %P	-0.3 %P	0.2 %P	0.0 %P	0.7 %P

Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen

Anmerkung: %P = Prozentpunkte. Daten für einen konstant gehaltenen Versichertenbestand liegen nur von zwei Versicherern vor.

Tabelle 31 *Difference-in-Differences Betreibungen / Prämien, Versichertenbestand konstant*

	Kantone mit Liste (Ø)	Kantone ohne Liste (Ø)	Differenz
Versicherer 1	-0.40 %P	-0.36 %P	-0.04 %P
Versicherer 2	0.48 %P	0.89 %P	-0.42 %P
Insgesamt (Ø)	0.04 %P	0.27 %P	-0.23 %P

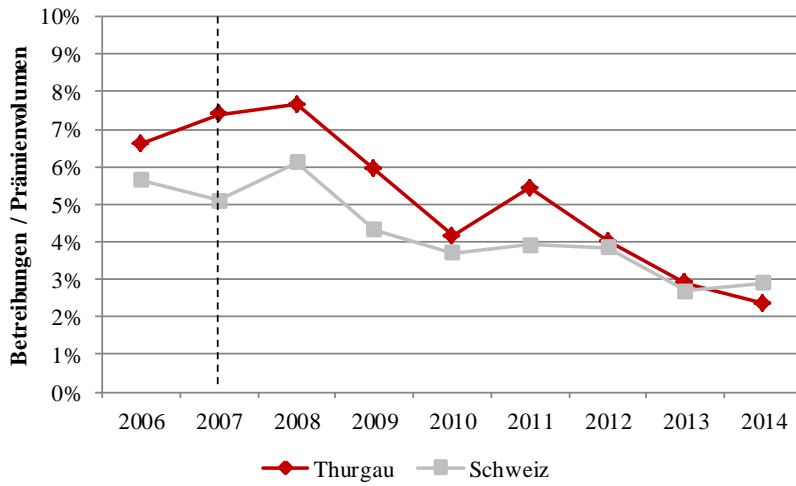
Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen

Anmerkung: %P = Prozentpunkte. Daten für einen konstant gehaltenen Versichertenbestand liegen nur von zwei Versicherern vor. Die Differenz ist markiert, wenn sie der Hypothese entspricht.

*Entwicklung Kanton Thurgau*

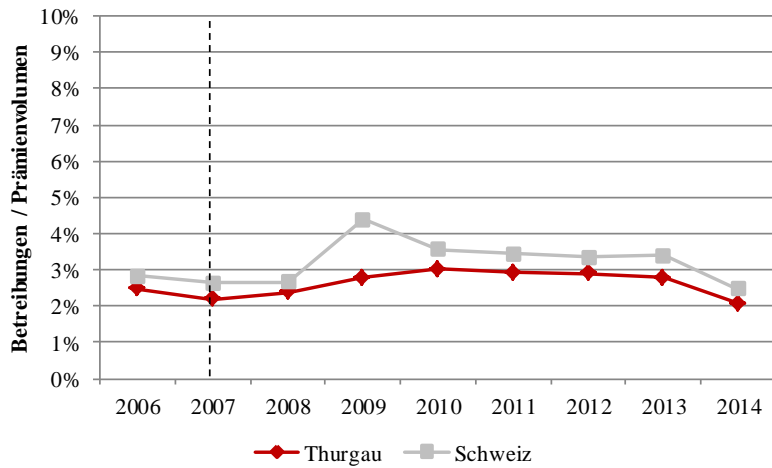
Von drei Krankenversicherern haben wir Daten seit 2006 (vor Einführung der Liste säumiger Prämienzahler im Kanton Thurgau) erhalten. Die Entwicklung der Prämienausstände im Kanton Thurgau im Vergleich zur gesamten Schweiz wird nachfolgend zunächst grafisch aufgeführt.

Abbildung 12 *Betreibungen / Prämienvolumen TG, Versicherer 1*



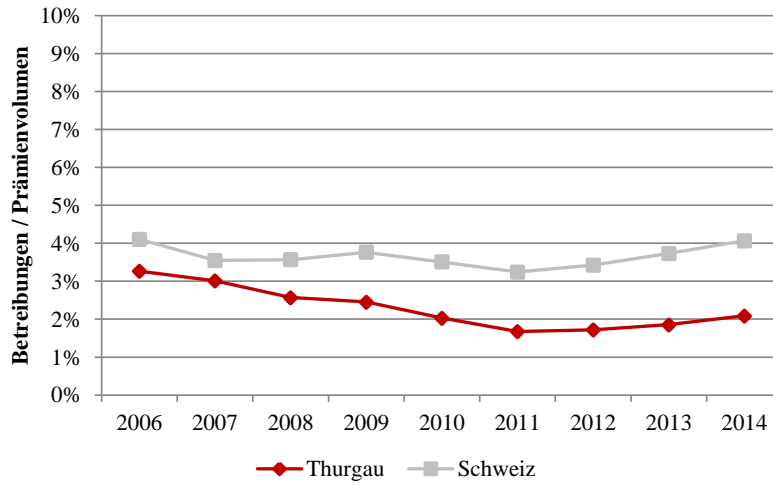
Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen

Abbildung 13 *Betreibungen / Prämienvolumen TG, Versicherer 2*



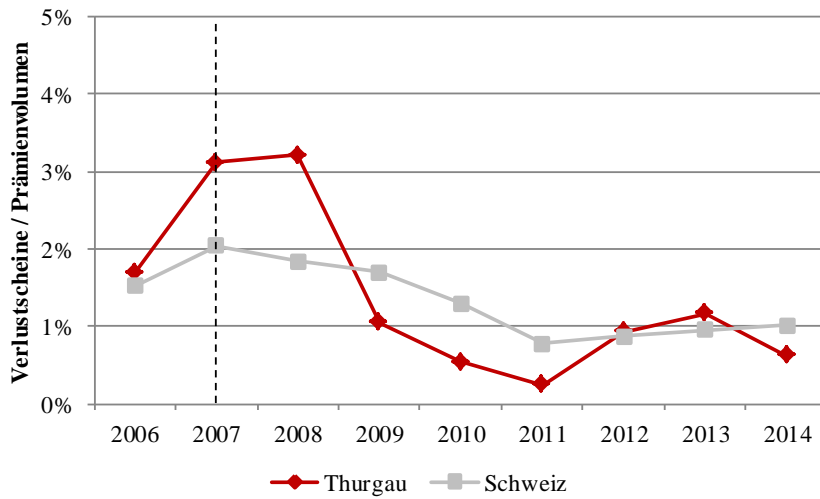
Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen

Abbildung 14 *Betreibungen / Prämienvolumen TG, Versicherer 3*



Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen

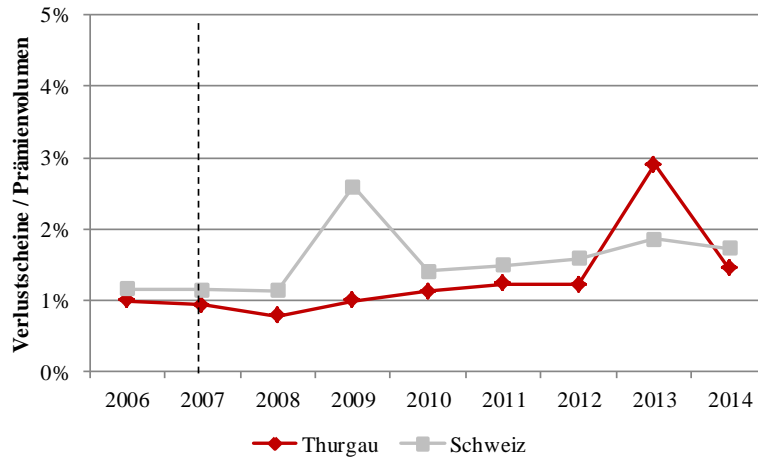
Abbildung 15 *Verlustscheine / Prämienvolumen TG, Versicherer 1*



Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen

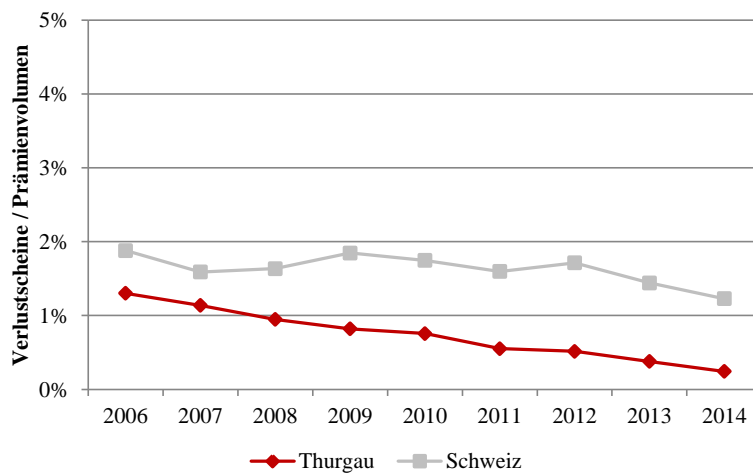


Abbildung 16 *Verlustscheine / Prämienvolumen TG, Versicherer 2*



Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen

Abbildung 17 *Verlustscheine / Prämienvolumen TG, Versicherer 3*



Datenquelle: Daten der Assura, CSS, Helsana und Groupe Mutuel; eigene Berechnungen

Die Auswertungen zeigen auf, dass sich die Verlustscheine im Kanton Thurgau im Vergleich 2006 (vor Einführung der Liste) bis heute etwas besser entwickelt haben als in der gesamten Schweiz. Inwieweit dies aber tatsächlich auf die Liste zurückzuführen ist, ist schwierig zu beurteilen. Dies zeigt auch die Tatsache, dass beispielsweise der Kanton St. Gallen, welcher keine Liste eingeführt hat, ebenfalls eine bessere Entwicklung zwischen 2006 und 2014 aufweist als die Schweiz.<sup>59</sup>

<sup>59</sup> Ausnahme: Indikator Verlustscheine bei Versicherer 2.