

Versand per E-Mail

Kommission für soziale Sicherheit und Ge-
sundheit des Ständerates

Aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

8-6-3-1 / SM

Bern, 21. August 2020

16.312 Standesinitiative. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten – Stellungnahme der GDK

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Vorentwurf der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-S) zur Ergänzung von Artikel 64a KVG Stellung zu nehmen. Sie finden in der Folge unsere Position zu den Stossrichtungen der Vorlage.

Minderjährige schulden keine Prämien und Kostenbeteiligungen mehr

Das KVG soll so geändert werden, dass die Eltern die alleinigen Schuldner der Prämien ihrer minderjährigen Kinder sind und bleiben. Junge Erwachsene können nicht mehr für Prämien belangt werden, die während ihrer Minderjährigkeit angefallen sind.

Der GDK-Vorstand begrüsst die vorgeschlagene Änderung.

Betreibungen

Heute können die Krankenversicherer säumige Versicherte pro Jahr beliebig oft betreiben. Mit jeder Betreibung entstehen Betreibungskosten und administrativer Aufwand. Neu sollen die Krankenversicherer die säumigen Versicherten höchstens viermal pro Jahr betreiben dürfen.

Der GDK-Vorstand unterstützt, dass die Anzahl möglicher Betreibungen pro Jahr eingeschränkt wird. Er erachtet aber vier Betreibungen pro Jahr als immer noch zu viel. Zudem ist der GDK-Vorstand der Ansicht, dass weitere Massnahmen zu ergreifen sind, um die sehr hohen Betreibungs- und Zinskosten zu senken.

Kantone können Verlustscheine übernehmen und selber bewirtschaften

Heute müssen die Kantone die Verlustscheine der Versicherer aus unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen zu 85 Prozent finanzieren, die Verlustscheine verbleiben beim Versicherer. Neu sollen die Kantone die Möglichkeit erhalten, 5 Prozent mehr zu bezahlen und im Gegenzug die Verlustscheine zu übernehmen und selber zu bewirtschaften. Die davon betroffenen versicherten Personen könnten in der Folge den Versicherer und die Versicherungsform wieder wechseln.

Der GDK-Vorstand, dass Art. 64a KVG dahingehend geändert wird, dass eine Abtretung von Verlustscheinen an den Kanton möglich ist. Er erachtet den finanziellen Aufwand mit den 90 anstatt 85 Prozent jedoch als zu hoch und fordert eine Lösung, bei welcher die Kantone weiterhin 85 Prozent der Forderungen übernehmen und zusätzlich die Möglichkeit erhalten, die Verlustscheine als Gläubiger zu übernehmen, wenn sie dies möchten.

Der GDK-Vorstand begrüsst, dass versicherte Personen, deren Verlustscheine an den Kanton abgetreten worden sind, die Möglichkeit erhalten, den Versicherer und die Versicherungsform zu wechseln.

Säumige Prämienzahlende

Neu sollen säumige Prämienzahlende in einem günstigeren Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers versichert werden. Die Mehrheit der SGK-S will zudem die kantonalen Listen säumiger Prämienzahlender abschaffen.

Der GDK-Vorstand begrüsst, dass säumige Prämienzahlende in einem günstigeren Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers versichert werden sollen und dass der Bundesrat bei Bedarf Ausnahmen vorsehen kann. Aus Sicht der GDK müssten insbesondere Ausnahmen für Chronischkranke geprüft werden.

Der GDK-Vorstand ist einverstanden, dass die kantonalen Listen säumiger Prämienzahlender abgeschafft und der Zugang aller zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung gewährleistet und weitere Auseinandersetzungen um die Definition von Notfallbehandlungen vermieden werden.

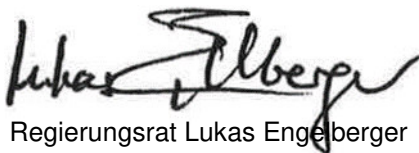
Elektronischer Datenaustausch

Neu sollen die Kantone und die Versicherer im KVG verpflichtet werden, ihre Daten in Zusammenhang mit Art. 64a KVG nach einem einheitlichen Standard auszutauschen.

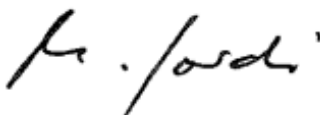
GDK und santésuisse haben per 1.1.2017 einen einheitlichen Datenaustausch zu Art. 64a KVG geschaffen, der aber noch nicht von allen Kantonen und Krankenversicherern eingeführt worden ist. Der GDK-Vorstand begrüsst, dass im KVG die bis anhin fehlende Verbindlichkeit zur Teilnahme geschaffen werden soll.

Für weitere Bemerkungen und unsere detaillierte Stellungnahme zu den vorgeschlagenen Ergänzungen und Änderungen verweisen wir auf das beiliegende Formular. Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Positionen.

Freundliche Grüße



Regierungsrat Lukas Engelberger
Präsident GDK



Michael Jordi
Generalsekretär

Beilagen:

- Antwortformular

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

Abkürzung der Organisation : GDK

Adresse : Speichergasse 6, 3001 Bern

Kontaktperson : Silvia Marti

Telefon : 031 356 20 27

E-Mail : silvia.marti@gdk-cds.ch

Datum : 21. August 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2
Weitere Vorschläge	7

Allgemeine Bemerkungen	
Name	Bemerkung/Anregung

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)					
Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GDK	3	1 ^{bis}		Wir begrüßen diese Änderung.	
GDK	5	2		Wir begrüßen diese Änderung.	
GDK	61a	1		Wir begrüßen, dass junge Erwachsene nicht mehr für Prämienausstände haften müssen, welche während ihrer Kindheit einstanden sind. Stattdessen bleibt die Inhaberin oder der Inhaber der elterlichen Sorge alleinige Schuldnerin respektive Schuldner der Prämien der Kinder bis 18 Jahren.	
GDK	61a	2		Wir begrüßen diese Änderung.	
GDK	64	1 ^{bis}		Wir begrüßen diese Änderung.	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

GDK	64a	1 ^{bis}		Wir unterstützen, dass die Bestimmungen zum Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen bei minderjährigen Versicherten grundsätzlich auf die Eltern anzuwenden sind. Allerdings scheint uns nicht klar zu sein, wie Absatz 1^{bis} in Verbindung mit Absatz 6 zu verstehen ist: Angenommen die Eltern bezahlen ihre eigenen Prämien und Kostenbeteiligungen, nicht aber diejenigen eines minderjährigen Kindes. Können dann die Eltern den Versicherer nicht wechseln oder können sie den Versicherer ihres minderjährigen Kindes nicht wechseln? Die erste Variante (die Eltern können den Versicherer nicht wechseln, wenn sie Ausstände bei den Prämien oder Kostenbeteiligungen für das Kind haben) muss vermieden werden, weil sie nur schwer umsetzbar wäre in Fällen, in denen Eltern und Kind nicht beim gleichen Versicherer versichert sind.	Mindestens im erläuternden Bericht ist zu präzisieren, dass Eltern den Versicherer des Kindes nicht wechseln dürfen, wenn sie ausstehende Prämien oder Kostenbeteiligungen für das Kind schulden.
GDK	64a	2		Mit der Übernahme von 85 Prozent der Forderungen, die zu einem Verlustschein geführt haben, tragen die Kantone auch die Betreibungskosten mit. Es ist also im Interesse der Kantone, die Anzahl Betreibungen pro Jahr zu begrenzen. Wir begrüssen die Beschränkung, erachten aber vier Betreibungen pro Jahr als immer noch zu viel. Im erläuternden Bericht steht, «Wenn er aber nur ein- oder zweimal jährlich betreiben dürfte, könnte er seine ausstehenden Forderungen nur verzögert geltend machen. Zudem würde er dadurch hohe Forderungen stellen, die Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen kaum auf einmal bezahlen könnten. » Dem ist entgegen zu halten, dass die Forderungen nicht erst mit der Betreibung, sondern primär mit der Rechnungsstellung und dem Mahnverfahren geltend gemacht werden. Weiter muss auch die Betreibung von Kostenbeteiligungen in diese Begrenzung eingeschlossen sein.	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

GDK	64a	4		Wir sind mit der neuen Formulierung («vergütet dem Versicherer») und der Zusammenlegung der alten Absätze 4 und 5 zum neuen Absatz 4 einverstanden. Auch mit der neuen Formulierung im letzten Satz, welche offen lässt, dass auch Angehörige oder andere Personen die Schuld begleichen können, sind wir einverstanden.	
GDK	64a	5		Grundsätzlich befürworten wir, dass Kantone die Möglichkeit erhalten, Verlustscheine zu übernehmen, die sie in der Folge selber bewirtschaften können. Weil aber schon die 85 Prozent, welche die Kantone übernehmen müssen, einen grossen Anteil darstellen und das Gläubigerrisiko der Versicherer stark minimiert, sind wir der Meinung, dass die Kantone die Möglichkeit erhalten sollten, die Verlustscheine ohne Zuschlag übernehmen zu können. Die Kantone müssen im Einzelfall (pro Betreuungsdossier) bestimmen können, ob ein Gläubigerwechsel stattfindet oder nicht. Wir begrüssen, dass versicherte Personen, deren Forderungen an den Kanton abgetreten wurden, den Versicherer und die Versicherungsform wechseln können.	Wir schlagen folgende Änderung vor: «Der Kanton kann den Versicherer auffordern, ihm einzelne oder alle Forderungen, die der Versicherer ihm nach Absatz 3 bekanntgegeben hat, abzutreten. Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung. [...]» Eventualiter (bei Festhalten an der Auffassung, dass eine Abtretung nur möglich ist, wenn der Kanton mehr als 85 Prozent übernimmt): «Übernimmt der Kanton zusätzlich drei Prozent von einzelnen oder allen Forderungen, die der Versicherer ihm nach Absatz 3 bekanntgegeben hat, so tritt der Versicherer ihm diese Forderungen ab. [...]»
GDK	64a	6		Wir begrüssen diese Präzisierung (Forderung kann auch durch Angehörige oder jemand anderes bezahlt werden).	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

GDK	64a	7	Die GDK unterstützt den Vorschlag der Mehrheit: Der bisherige Absatz 7, welcher den Kantonen erlaubt, eine Liste säumiger Prämienzahlender zu führen, wird aufgehoben. Die GDK hatte bei der Einführung des neuen Art. 64a KVG die Aufhebung der Leistungssistierung, die damit erzielt werden sollte, begrüsst. Die Listen haben eine Ungleichbehandlung der Versicherten herbeigeführt, indem in gewissen Kantonen der Zugang zu OKP-Leistungen eingeschränkt wurde. Eine Aufhebung dieser Ungleichbehandlung ist höher zu gewichten als allenfalls positive Erfahrungen einzelner Kantone mit der Einführung der Liste. Die Bilanz der Kantone, die eine Liste eingeführt hatten, ist denn auch unterschiedlich ausgefallen. Einige Kantone haben sie daher auch wieder abgeschafft. Der Verzicht auf die Listen lässt sich auch mit administrativen Argumenten begründen: Eine Studie sowie verschiedene Auswertungen und Erfahrungen von Kantonen zeigen, dass das Führen einer Liste für den Kanton kostenintensiv ist und ein Nutzen nicht belegt werden kann. Nicht nur für den Listenkanton entstehen durch die Liste zusätzliche Kosten, sondern auch für die Versicherer. Und auch im gemeinsamen elektronischen Datenaustausch zwischen Kantonen und Versicherern in Zusammenhang mit Art. 64a KVG werden viele Ressourcen in Fragen rund um die Listen gesteckt. Nicht zuletzt generieren die Listen auch den Leistungserbringern mehr administrativen Aufwand und diese laufen Gefahr, auf nicht gedeckten Kosten sitzen zu bleiben. Zum Vorschlag der Minderheit, an den Listen säumiger Prämienzahlender festzuhalten und zusätzlich den Begriff der Notfallbehandlung im KVG zu definieren, bezieht die GDK die folgende Position: Die vorgeschlagene Definition der Notfallbehandlung lehnen wir als praxisuntauglich ab. Die	
-----	-----	---	---	--

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				Umschreibung « [...] wenn die versicherte Person ohne sofortige Behandlung gesundheitliche Schäden oder den Tod befürchten muss» ist zu unbestimmt und bringt nicht mehr Rechtssicherheit als heute. Die allermeisten Konsultationen und Behandlungen erfolgen, weil die versicherte Person gesundheitliche Schäden befürchtet. Wollte man an den Listen säumiger Prämienzahlender festhalten, sollte im KVG definiert werden, dass die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt abschliessend entscheidet, ob eine Notfallbehandlung vorliegt. Die Versicherer sollten diese Beurteilung nicht noch einmal prüfen müssen.	
GDK	64a	7 ^{bis}		Die GDK begrüsst diese Ergänzung, wonach künftig säumige Prämienzahlende in einem Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers zu versichern sind. Es sollte zudem sichergestellt werden, dass es ein Modell mit tieferer Prämie ist. Dass der Bundesrat Ausnahmen vorsehen und nähere Bestimmungen erlassen kann, erachten wir auch deshalb als sinnvoll, weil sichergestellt werden muss, dass Chronischkranke und Menschen mit einer Behinderung keine Nachteile erfahren.	Wir schlagen folgende Präzisierung vor: «Der Versicherer versichert die Personen, die er nach Absatz 3 der zuständigen kantonalen Behörde bekannt gegeben hat, in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers und reduzierter Prämie. [...]»
GDK	64a	7 ^{ter}		Wir begrüssen diese Ergänzung. Kinder sollen ab Erreichen der Volljährigkeit den Versicherer wechseln dürfen, auch wenn ihre Eltern Prämien- oder Kostenbeteiligungsschulden für die Zeit vor ihrer Volljährigkeit haben.	
GDK	64a	7 ^{quater}		Die GDK begrüsst sehr, dass eine gesetzliche Grundlage für den elektronischen Datenaustausch zwischen den Kantonen und den Versicherern geschaffen werden soll. Im Datenaustausch zur Prämienverbilligung nach Art. 65 KVG bewährt sich dies. GDK und santésuisse haben per 1.1.2017 einen einheitlichen Datenaustausch zu Art. 64a KVG	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				geschaffen, der aber noch nicht von allen Kantonen und Krankenversicherern eingeführt worden ist.	
GDK	64a	8		Wir begrüßen diese Änderung, welche aufgrund des neuen Absatzes 7 ^{quater} vorgenommen werden kann.	
GDK	Über- gangs- bestim- mungen	1		Wir fordern, dass der Kanton eine Forderung ohne zusätzliche Prozenteübernehmen und selber bewirtschaften kann. Falls dem entsprochen wird, kann auf Absatz 1 verzichtet werden.	
GDK	Über- gangs- bestim- mungen	2		Wir erachten diese Übergangsbestimmung als sinnvoll.	

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
GDK		Da der Bund nun neue Regelungen in Bezug auf Artikel 64a vorsieht und dem BAG die Aufsicht über die Versicherer obliegt, stellt sich die Frage, ob der Bund die Kosten für Verlustscheine nach Artikel 64a übernehmen sollte. Dem Prinzip der fiskalischen Äquivalenz würde damit besser Rechnung getragen.	
GDK	64a Abs. 5	Die GDK fordert, dass die Versicherer nicht bloss verpflichtet werden, Verlustscheine aufzubewahren, sondern auch, sie zu bewirtschaften.	Wir schlagen folgende Ergänzungen vor «Der Versicherer bewahrt und bewirtschaftet die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf. Der Bundesrat regelt die Details. [...]»

Envoi par courriel

Commission de la sécurité sociale et de la
santé publique du Conseil des États

Aufsicht-Krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

8-6-3-1 / SM/PB/lm

Berne, le 21 août 2020

16.312 Iv.ct. TG. Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie – prise de position de la CDS

Monsieur le Président,
Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de l'opportunité offerte de prendre position au sujet de l'avant-projet de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-E) sur la modification de l'article 64a LAMal. Vous trouvez ci-dessous notre position concernant les grands axes du projet.

Les mineurs ne sont plus eux-mêmes débiteurs de primes ou de participations aux coûts

La LAMal est modifiée de sorte que les parents soient et restent les seuls débiteurs des primes de leurs enfants mineurs. Les jeunes adultes ne peuvent plus être poursuivis en raison des primes non payées alors qu'ils étaient mineurs.

Le Comité directeur de la CDS est favorable à la modification proposée.

Poursuites

Aujourd'hui, les assureurs-maladie peuvent engager des poursuites contre les assurés en défaut de paiement aussi souvent qu'ils le souhaitent par année. Chaque procédure engendre des frais de poursuite et des charges administratives. Les assureurs-maladie ne peuvent désormais engager contre le même assuré plus de quatre poursuites par année.

Le Comité directeur de la CDS soutient la limitation du nombre de poursuites possibles par année. Il considère néanmoins que le nombre de quatre poursuites par année demeure excessif. Le Comité directeur de la CDS estime en outre qu'il convient d'engager d'autres mesures afin de réduire les coûts des poursuites et des intérêts très élevés.

Les cantons peuvent reprendre les actes de défaut de biens et les gérer eux-mêmes

Aujourd'hui, les cantons doivent financer à hauteur de 85 % les actes de défaut de biens des assureurs résultant des primes et participations aux coûts non payées ; les actes de défaut de biens demeurent chez l'assureur. Les cantons ont désormais la possibilité de payer 5 % de plus et, en contrepartie, de reprendre les actes de défaut de biens et les gérer eux-mêmes. Les assurés concernés seraient ensuite de nouveau libres de changer d'assureur et de forme d'assurance.

Le Comité directeur de la CDS est favorable à la modification de l'article 64a LAMal rendant possible une cession des actes de défaut de biens au canton. Il estime toutefois que le montant de 90 % au lieu de 85 % est trop élevé et demande une solution dans laquelle les cantons continuent à prendre en charge 85 % des créances et obtiennent de plus la possibilité de gérer les actes de défaut de biens en tant que créanciers s'ils le souhaitent.

Le Comité directeur de la CDS est favorable à ce que les assurés dont les actes de défaut de biens ont été cédés au canton aient la possibilité de changer d'assureur et de forme d'assurance.

Assurés en défaut de paiement

Les assurés en défaut de paiement sont désormais affiliés à un modèle d'assurance moins coûteux avec choix limité du fournisseur de prestations. La majorité de la CSSS-E veut de plus abolir les listes cantonales des assurés en défaut de paiement.

Le Comité directeur de la CDS est favorable à ce que les assurés en défaut de paiement doivent être affiliés à un modèle d'assurance moins coûteux avec choix limité du fournisseur de prestations et à ce que le Conseil fédéral puisse au besoin prévoir des exceptions. La CDS estime qu'il convient notamment d'examiner des exceptions pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

Le Comité directeur de la CDS est d'accord avec l'abolition des listes cantonales des assurés en défaut de paiement afin de garantir l'accès de tous à des soins de santé adéquats et d'éviter de nouveaux débats concernant la définition des traitements d'urgence.

Échange électronique de données

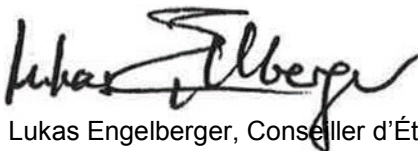
Les cantons et les assureurs sont désormais tenus dans la LAMal d'échanger selon une procédure uniforme leurs données en lien avec l'article 64a LAMal.

Au 1.1.2017, la CDS et santésuisse ont élaboré pour l'article 64a LAMal un échange de données uniforme qui n'a toutefois pas encore été introduit par tous les cantons et assureurs-maladie. Le Comité directeur de la CDS se félicite de l'inscription dans la LAMal de l'obligation de participation manquante jusqu'ici.

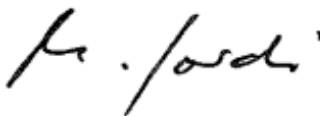
Nous renvoyons au formulaire ci-joint pour d'autres remarques et notre prise de position détaillée sur les compléments et les modifications proposés.

Nous vous remercions par avance de bien vouloir prendre en compte nos positions.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, Madame, Monsieur, l'assurance de notre parfaite considération.



Lukas Engelberger, Conseiller d'Etat
Président CDS



Michael Jordi
Secrétaire général

Annexe

- Formulaire de réponse

Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation

Prise de position de

Nom / organisation : Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé

Abréviation de l'organisation : CDS

Adresse : Speichergasse 6, 3001 Berne

Personne de référence : Silvia Marti

Téléphone : 031 356 20 27

Courriel : silvia.marti@gdk-cds.ch

Date : 21 août 2020

Remarques importantes :

1. Veuillez ne pas changer le format du formulaire.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le 6 octobre 2020 aux adresses suivantes :
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Nous vous remercions de votre participation.

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

Sommaire

Remarques générales _____	2
Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) _____	2
Autres propositions _____	7

Remarques générales	
Nom	Commentaires/remarques

Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)					
Nom	Art.	Al.	Let.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
CDS	3	1 ^{bis}		Nous approuvons cette modification.	
CDS	5	2		Nous approuvons cette modification.	
CDS	61a	1		Nous nous félicitons de ce que les jeunes adultes ne doivent plus être responsables des arriérés de primes dus pendant leur enfance. Au lieu de cela, la détentrice / le détenteur de la responsabilité parentale reste l'unique débitrice / débiteur des primes des enfants jusqu'à 18 ans.	
CDS	61a	2		Nous approuvons cette modification.	
CDS	64	1bis		Nous approuvons cette modification.	

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

CDS	64a	1bis		Nous soutenons l'idée que les dispositions concernant le non-paiement des primes et des participations aux coûts doivent en principe s'appliquer aux parents pour les assurés mineurs. Cependant, la manière dont il convient de comprendre l'alinéa 1bis en lien avec l'alinéa 6 ne nous paraît pas clair, par exemple si les parents paient leurs propres primes et participations aux coûts mais pas celles d'un enfant mineur. Les parents ne peuvent-ils alors pas changer d'assureur ou ne peuvent-ils pas changer l'assureur de leur enfant mineur ? La première variante (les parents ne peuvent changer d'assureur s'ils ont des arriérés de primes ou de participations aux coûts pour l'enfant) doit être évitée, car elle serait difficilement applicable lorsque les parents et l'enfant ne sont pas assurés auprès du même assureur.	Il convient au moins de préciser dans le rapport explicatif que les parents ne peuvent pas changer l'assureur de l'enfant s'ils doivent des arriérés de primes ou de participations aux coûts pour l'enfant.
CDS	64a	2		En reprenant 85 % des créances ayant conduit à un acte de défaut de biens, les cantons assument également une part des frais de poursuite. Limiter le nombre de poursuites par année est donc dans l'intérêt des cantons. Si nous saluons cette limitation, nous considérons toutefois que quatre poursuites par an sont toujours trop. Le rapport explicatif indique : « Mais s'il ne pouvait en engager qu'une ou deux fois par an, il ne pourrait faire valoir ses créances non recouvrées qu'à retardement. De plus, ses créances seraient alors d'un montant tel que les assurés de condition économique modeste ne pourraient guère les payer en une fois. » On peut objecter à cela que les créances ne sont pas seulement réclamées lors de la poursuite, mais en premier lieu lors de la facturation et de la sommation. La poursuite portant sur les participations aux coûts doit en outre également être incluse dans cette limitation.	

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

CDS	64a	4		Nous sommes d'accord avec la nouvelle formulation en allemand et le regroupement des anciens alinéas 4 et 5 dans le nouvel alinéa 4. Nous sommes également d'accord avec la nouvelle formulation de la dernière phrase, qui laisse ouverte la possibilité que des membres de la famille ou d'autres personnes règlent la dette.	
CDS	64a	5		Nous approuvons fondamentalement l'idée que les cantons aient la possibilité de reprendre des actes de défaut de biens qu'ils pourront ensuite gérer eux-mêmes. Mais comme les 85 % que les cantons doivent prendre en charge représentent déjà une part importante et minimisent grandement le risque créancier des assureurs, nous pensons que les cantons devraient avoir la possibilité de reprendre les actes de défaut de biens sans supplément. Les cantons doivent pouvoir déterminer au cas par cas (par dossier de poursuite) si un changement de créancier a lieu ou non. Nous sommes favorables à ce que les assurés dont les actes de défaut de biens ont été cédés au canton aient la possibilité de changer d'assureur et de forme d'assurance.	Nous proposons la modification suivante : « Le canton peut contraindre l'assureur à lui céder tout ou partie des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3. Le canton informe l'assuré de la cession. [...] » Éventuellement (en maintenant qu'une cession n'est possible que si le canton prend en charge plus de 85 %) : « Si le canton prend en charge 3% supplémentaires de tout ou partie des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3, l'assureur lui cède ces créances. [...] »
CDS	64a	6		Nous saluons cette précision (une créance peut également être payée par des membres de la famille ou par une autre personne).	
CDS	64a	7		La CDS soutient la proposition de la majorité : l'actuel alinéa 7, qui permet aux cantons de tenir une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes, est abrogé. Lors de	

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

			l'introduction du nouvel art. 64a LAMal, la CDS s'était félicitée de la levée de la suspension des prestations, que l'article visait à obtenir. Les listes ont conduit à une inégalité de traitement des personnes assurées, certains cantons ayant limité l'accès aux prestations AOS. La levée de cette inégalité de traitement est à considérer comme plus importante que d'éventuelles expériences positives de quelques cantons qui ont introduit la liste. En effet, le bilan des cantons ayant introduit une liste varie d'un canton à l'autre. C'est pourquoi certains cantons l'ont de nouveau supprimée. Mais il y a aussi des arguments administratifs à l'appui de l'abolition des listes : une étude ainsi que diverses évaluations et expériences des cantons montrent que la tenue d'une liste est coûteuse pour le canton et que son utilité ne peut être prouvée. La liste engendre des coûts supplémentaires non seulement pour le canton qui la tient, mais aussi pour les assureurs. Et de nombreuses ressources sont également mobilisées pour les questions relatives aux listes dans l'échange électronique commun de données entre cantons et assureurs en lien avec l'article 64a LAMal. Enfin, les listes génèrent également un travail administratif supplémentaire pour les fournisseurs de prestations et ceux-ci courent le risque de se retrouver avec des coûts non couverts. En ce qui concerne la proposition de la minorité de conserver les listes des assurés en défaut de paiement et de définir de plus dans la LAMal la notion de prestation relevant de la médecine d'urgence, la CDS adopte la position suivante : nous rejetons la définition proposée d'une prestation relevant de la médecine d'urgence, car elle est inadaptée à la pratique. La formulation « [...] faute de quoi l'assuré risque de souffrir de problèmes de santé, de	
--	--	--	---	--

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

				décéder ou de mettre en danger la santé d'autres personnes » est trop indéterminé et n'apporte pas plus de sécurité du droit qu'aujourd'hui. La grande majorité des consultations et des traitements s'effectuent parce que l'assuré craint des problèmes de santé. Si l'on voulait conserver les listes des assurés en défaut de paiement, il faudrait indiquer dans la LAMal que le médecin traitant décide en définitive si un traitement d'urgence s'impose. Les assureurs ne devraient pas avoir à réexaminer cette évaluation.	
CDS	64a	7 ^{bis}		La CDS se félicite de ce complément, selon lequel les futurs assurés en défaut de paiement devront être affiliés à un modèle d'assurance avec choix limité du fournisseur de prestations. Il faudrait de plus garantir que c'est un modèle avec prime réduite. Nous considérons également qu'il est judicieux que le Conseil fédéral puisse prévoir des exceptions et édicter d'autres dispositions, car il faut garantir que les personnes atteintes d'une maladie chronique et les personnes avec un handicap ne subissent pas d'inconvénients.	Nous proposons la précision suivante : « L'assureur affilié à une assurance avec choix limité du fournisseur de prestations et prime réduite les assurés qu'il a annoncés à l'autorité cantonale compétente conformément à l'al. 3.[...] »
CDS	64a	7 ^{ter}		Nous approuvons ce complément. Les enfants doivent être autorisés à changer d'assureur dès leur majorité, même si leurs parents ont des dettes sur les primes ou la participation aux coûts pour la période précédant leur majorité.	
CDS	64a	7 ^{quater}		La CDS se félicite grandement de la création d'une base juridique pour l'échange électronique de données entre les cantons et les assureurs. Cela a fait ses preuves dans l'échange de données sur la réduction des primes selon l'art. 65 LAMal. Au 1.1.2017, la CDS et SantéSuisse ont élaboré pour l'article 64a LAMal un échange de données uniforme	

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

				qui n'a toutefois pas encore été introduit par tous les cantons et assureurs-maladie.	
CDS	64a	8		Nous approuvons cette modification, qui peut être apportée sur la base du nouvel alinéa 7quater.	
CDS	Dispositions transitoires	1		Nous demandons que le canton puisse prendre en charge et gérer lui-même une créance sans pourcentages supplémentaires. S'il est donné suite à cette demande, le paragraphe 1 peut être supprimé.	
CDS	Dispositions transitoires	2		Nous considérons que cette disposition transitoire est judicieuse.	

Autres propositions			
Nom	Art.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
CDS		Étant donné que la Confédération prévoit de nouvelles réglementations concernant l'article 64a et que la surveillance des assureurs incombe à l'OFSP, la question se pose de savoir si la Confédération devrait prendre en charge les coûts des actes de défaut de biens selon l'article 64a. Le principe de l'équivalence fiscale serait ainsi mieux pris en compte.	
CDS	64a Abs. 5	La CDS demande que les assureurs ne soient pas simplement tenus de conserver les actes de défaut de biens, mais également de les gérer.	Nous proposons le complément suivant : « L'assureur conserve et gère les actes de défaut de biens et les titres équivalents jusqu'au paiement intégral des créances arriérées. Le Conseil fédéral règle les détails. [...] »

Versand per E-Mail

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Ständerates

Aufsicht-
krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 9. September 2020

Reg: rdo-15.365

**16.312 Standesinitiative. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die
Krankenversicherung (KVG) betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der
Versicherten – Stellungnahme Vorstand SODK**

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Vorentwurf der Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Ständerats (SGK-S) zur Ergänzung von Artikel 64a KVG Stellung zu nehmen.

Der Vorstand SODK hat das Geschäft diskutiert und er schliesst sich vollumfänglich der
Stellungnahme der GDK an (vgl. Beilage).

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung der Positionen der GDK/Vorstand SODK.

Freundliche Grüsse

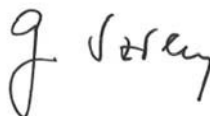
**Konferenz der kantonalen
Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren**

Die Präsidentin



Nathalie Barthoulot
Regierungsrätin

Die Generalsekretärin



Gaby Szöllösy

Beilagen
- erwähnt

Kopie an
- GS GDK

REGIERUNGSRAT

Regierungsgebäude, 5001 Aarau
Telefon 062 835 12 40, Fax 062 835 12 50
regierungsrat@ag.ch
www.ag.ch/regierungsrat

A-Post Plus

Bundesamt für Gesundheit
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

23. September 2020

16.312 Kt.IV.TG. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten; Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Einladung zur Vernehmlassung über die Ergänzung von Art. 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten und nehmen die Gelegenheit gerne wahr, uns zur erwähnten Vorlage zu äussern.

Der Kanton Aargau hat die Liste der säumigen Versicherten auf den 1. Juli 2014 eingeführt. Ein schweizweites Verbot zur Führung solcher Listen widerspräche der Parlamentsmehrheit im Kanton Aargau und greift in die Autonomie der Kantone ein. Die Kantone sollen weiterhin die Möglichkeit haben, selber zu bestimmen, ob sie eine Liste der säumigen Versicherten führen möchten oder nicht. Wir lehnen die Abschaffung kantonaler Listen säumiger Versicherten ab.

Wir begrüssen, dass säumige Versicherte in einem günstigeren Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers versichert werden sollen, und dass der Bundesrat bei Bedarf Ausnahmen vorsehen kann.

Wir erachten die Standesinitiative des Kantons Thurgau grundsätzlich als unterstützungswürdig. Insbesondere stellt sie eine freiwillig wählbare Alternative zur bisherigen Regelung von Art. 64a Abs. 4 KVG dar. Die Kantone können somit zukünftig wählen, welche Regelung auf ihrem Kantonsgebiet zur Anwendung gelangen soll. Den finanziellen Aufwand mit den 90 % anstelle der 85 % erachten wir als zu hoch. Wir befürworten eine Lösung, bei welcher die Kantone weiterhin 85 % der Forderungen bezahlen und zusätzlich die Möglichkeit erhalten, die Verlustscheine als Gläubiger zu übernehmen. Als begrüssenswert erachten wir auch den Umstand, dass versicherte Personen, deren Verlustscheine an den Kanton abgetreten worden sind, die Möglichkeit erhalten, den Versicherer und die Versicherungsform zu wechseln.

Das KVG soll so geändert werden, dass die Eltern die alleinigen Schuldner der Prämien ihrer minderjährigen Kinder sind und bleiben. Junge Erwachsene können nicht mehr für Prämien belangt werden, die während ihrer Minderjährigkeit angefallen sind. Der vorgeschlagenen Änderung stimmen wir zu.

Dass das KVG die Anzahl möglicher Betreibungen pro Jahr einschränken will, begrüssen wir. Wir erachten vier Betreibungen pro Jahr aber als immer noch zu viel. Zudem sind wir der Ansicht, dass weitere Massnahmen zu ergreifen sind, um die sehr hohen Betreibungs- und Zinskosten zu senken.

Wir finden es richtig, dass das KVG die Kantone und die Krankenversicherer neu verpflichtet, ihre Daten im Zusammenhang mit Art. 64a KVG nach einem einheitlichen Standard auszutauschen.

Unsere ausführliche Vernehmlassung entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Antwortformular.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Vernehmlassung.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats

Dr. Markus Dieth
Landammann

Vincenza Trivigno
Staatsschreiberin

Beilage

- Antwortformular

Kopie

- aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Regierungsrat des Kantons Aargau

Abkürzung der Organisation : RR AG

Adresse : Regierungsgebäude, 5001 Aarau

Kontaktperson : Barbara Hürlimann, Leiterin Abteilung Gesundheit

Telefon : 062 835 29 28

E-Mail : barbara.huerlimann@ag.ch

Datum : 23. September 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen

Name	Bemerkung/Anregung
RR AG	Im Sinne einer Vorbemerkung erlauben wir uns die Anmerkung, dass sich sämtliche in der Vorlage vorgesehenen Punkte bei einer anderen Finanzierungsform der Krankenkassenprämien (zum Beispiel analog der Finanzierung in der AHV/IV) überhaupt nicht stellen würden. Durch einen solchen Systemwechsel könnten die Zahlungsausstände bei den Prämien bereits von Beginn weg verhindert werden.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
RR AG	64	1 ^{bis}		Anpassungen, dass Minderjährige nach Erreichen der Volljährigkeit nicht für die Versäumnisse ihrer Eltern (ausstehende Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betreuungskosten) eintreten müssen, zielen in die richtige Richtung. Der Kanton Aargau nimmt bereits heute junge Erwachsene bis zum 31. Dezember des Jahrs, in dem sie das 19. Altersjahr vollenden, nicht in die Liste der säumigen Versicherten auf. Der Regierungsrat des Kantons Aargau begrüsst die in diesem Zusammenhang in der Vorlage in mehreren Artikeln vorgesehen Anpassungen.	
RR AG	64a	2		Bei ausstehenden Forderungen der Krankenversicherer machen die Betreuungskosten teilweise einen nicht unerheblichen Anteil aus. Bei dieser Ausgangslage kann es sich als sinnvoll erweisen, wenn die Krankenversicherer die Versicherten nur noch höchstens viermal pro Jahr betreiben dürfen. Der teure administrative Aufwand lässt sich auf diese Weise beträchtlich minimieren.	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

RR AG	64a	5		Der Regierungsrat des Kantons Aargau erachtet die Standesinitiative des Kantons Thurgau als unterstützungswürdig. Insbesondere stellt sie eine freiwillig wählbare Alternative zur bisherigen Regelung von Art. 64a Abs. 4 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) dar. Die Kantone (beziehungsweise im Kanton Aargau die Gemeinden) können somit zukünftig wählen, welche Regelung auf ihrem Kantonsgebiet zur Anwendung gelangen soll.	
RR AG	64a	7		Der Kanton Aargau hat die Liste der säumigen Versicherten auf den 1. Juli 2014 eingeführt, weil dies die (10.325) Motion der SVP, FDP und CVP-BDP-Fraktion vom 16. November 2010 betreffend Einführung einer Liste der säumigen Krankenkassenprämienzahlenden und die (13.114) Motion der Fraktionen der SVP, FDP und CVP vom 28. Mai 2013 betreffend raschmögliche Einführung einer Liste der säumigen Krankenkassenprämienzahlenden verlangten. Nach dem politischen Willen soll die Liste insbesondere zahlungsfähige, aber zahlungsunwillige Personen erfassen, die Zahlungsmoral verbessern und Verlustscheine verhindern. Im erläuternden Entwurf vom 25. Mai 2020 hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats korrekt festgehalten, dass der Kanton Aargau eine Liste der säumigen Versicherten führt. In diesem Zusammenhang hat sie in ihrem Bericht vom 25. Mai 2020 die Stellungnahme des Regierungsrats des Kantons Aargau vom 15. August 2018 zur (18.96) Motion der SP-Fraktion (Sprecherin Gabriela Suter, Aarau) vom 15. Mai 2018 betreffend Abschaffung der schwarzen Liste von säumigen Krankenkassenprämienzahlenden aufgeführt. Der Regierungsrat des Kantons Aargau hat im Jahr 2018 die besagte Motion als Postulat entgegengenommen. Die in der Beantwortung der (18.96) Motion gemachten Ausführungen haben nach wie vor Gültigkeit. Für eine abschliessende Kosten-Nutzen-Beurteilung	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				der Liste der säumigen Versicherten ist es noch zu früh. Zuerst müssen die Wirkung der neuen Begleitmassnahmen (Triage-Liste und elektronischer Datenaustausch) sowie die Folge der Verlustscheinübernahme durch die Gemeinden abgewartet werden. Ein schweizweites Verbot greift in die Autonomie der Kantone ein. Die Kantone sollen weiterhin die Möglichkeit haben, selber zu bestimmen, ob sie eine Liste der säumigen Versicherten führen möchten oder nicht. Die im erläuternden Bericht vom 25. Mai 2020 aufgeführte Schlussfolgerung des Bundesamts für Gesundheit, wonach die Zunahme der Zahlungen für Ausstände über alle Kantone mit Listen höher als über alle Kantone ohne Liste gewesen seien, ist mit Vorsicht zu geniessen. Insbesondere berücksichtigt diese Untersuchung unter anderem die Tatsache, dass die Zahlungsmoral regional beziehungsweise kantonal sehr unterschiedlich sein kann, nicht. Es erstaunt somit nicht, dass das Bundesamt für Gesundheit einen Zusammenhang zwischen den Listen und den Ausständen nicht belegen konnte (vgl. erläuternder Bericht vom 25. Mai 2020, Seite 10). In Übereinstimmung mit der Minderheit der Kommission ist an der Möglichkeit der Listen und des Leistungsaufschubs für säumige Versicherte festzuhalten. Obschon der Regierungsrat des Kantons Aargau den Begriff der Notfallbehandlung bereits auf Verordnungsebene definiert hat, ist er damit einverstanden, den Begriff der Notfallbehandlung im KVG schweizweit einheitlich zu definieren.	
--	--	--	--	---	--

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

RR AG	64a	7 ^{bis}		Die Beibehaltung der Möglichkeit, eine Liste der säumigen Versicherten führen zu können, steht dem Vorschlag nicht entgegen, dass die Krankenversicherer säumige Versicherte in einer Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (zum Beispiel Hausarztmodell) versichern müssen. Insgesamt erscheint diese im Entwurf vorgesehene Massnahme sinnvoll.	
-------	-----	------------------	--	---	--

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
RR AG		Nach Ansicht des Regierungsrats des Kantons Aargau sollten die Krankenversicherer bei Erreichen der Volljährigkeit die Policen der Kinder von denjenigen der Eltern oder gesetzlichen Vertreter automatisch trennen. Durch eine solche automatische Trennung kann auf einfache Weise verhindert werden, dass junge Menschen für im Kindesalter entstandene Prämien schulden aufkommen müssen, sobald sie erwachsen werden.	



KANTON
APPENZEL INNERRHODEN

Landammann und Standeskommission

Sekretariat Ratskanzlei
Marktgasse 2
9050 Appenzell
Telefon +41 71 788 93 11
info@rk.ai.ch
www.ai.ch

Ratskanzlei, Marktgasse 2, 9050 Appenzell

Per E-Mail an
- aufsicht-krankenversicherung@
bag.admin.ch
- geuer@bag.admin.ch

Appenzell, 17. September 2020

Ergänzung von Art. 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten Stellungnahme Kanton Appenzell I.Rh.

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Juni 2020 haben Sie uns die Vernehmlassungsunterlagen zur Ergänzung von Art. 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten zukommen lassen.

Die Standeskommission hat die Unterlagen geprüft. Sie unterstützt die Stossrichtungen dieser Vorlage mehrheitlich. Wir haben lediglich in ein paar Punkten Änderungs- oder Ergänzungswünsche und verweisen diesbezüglich auf das beiliegende Antwortformular.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und grüssen Sie freundlich.

Im Auftrage von Landammann und Standeskommission

Der Ratschreiber:


Markus Dörig

Beilage:
Antwortformular

Zur Kenntnis an:

- Gesundheits- und Sozialdepartement Appenzell I.Rh., Hoferbad 2, 9050 Appenzell
- Ständerat Daniel Fässler, Weissbadstrasse 3a, 9050 Appenzell
- Nationalrat Thomas Rechsteiner (thomas.rechsteiner@parl.ch)

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Kanton Appenzell I.Rh., Standeskommission

Abkürzung der Organisation : Kt. AI

Adresse : Marktgasse 2, 9050 Appenzell

Kontaktperson : Markus Dörig

Telefon : 071 788 93 11

E-Mail : info@rk.ai.ch

Datum : 15. September 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2
Weitere Vorschläge	5

Allgemeine Bemerkungen	
Name	Bemerkung/Anregung
Error! Reference source not found.	
Error! Reference source not found.	

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)					
Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Kt. AI	64a	1 ^{bis}		Es ist nicht ganz klar, ob Eltern den Versicherer nun wechseln dürfen oder nicht, wenn sie ihre eigenen Prämien zwar bezahlt haben, aber noch Kinderprämien ausstehend sind. Die Variante (die Eltern können den Versicherer nicht wechseln, wenn sie Ausstände bei den Prämien oder Kostenbeteiligungen für das Kind haben) muss vermieden werden, weil sie nur schwer umsetzbar wäre in Fällen, in denen Eltern und Kind nicht beim gleichen Versicherer versichert sind.	Mindestens im erläuternden Bericht sollte präzisiert werden, dass Eltern den Versicherer des Kindes nicht wechseln dürfen, wenn sie ausstehende Prämien oder Kostenbeteiligungen für das Kind schulden.

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Kt. AI	64a	2		Mit der Übernahme von 85% der Forderungen, die zu einem Verlustschein geführt haben, tragen die Kantone auch die Betreuungskosten mit. Es ist also im Interesse der Kantone, die Anzahl Betreibungen pro Jahr zu begrenzen. Wir begrüssen die Beschränkung, erachten aber vier Betreibungen pro Jahr als immer noch zu viel. Im erläuternden Bericht steht, «Wenn er aber nur ein- oder zweimal jährlich betreiben dürfte, könnte er seine ausstehenden Forderungen nur verzögert geltend machen. Zudem würde er dadurch hohe Forderungen stellen, die Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen kaum auf einmal bezahlen könnten.» Dem ist entgegen zu halten, dass die Forderungen nicht erst mit der Betreibung, sondern primär mit der Rechnungsstellung und dem Mahnverfahren geltend gemacht werden. Weiter sollte auch die Betreuung von Kostenbeteiligungen in diese Begrenzung eingeschlossen werden.	
Kt. AI	64a	5		Grundsätzlich befürworten wir, dass die Kantone die Möglichkeit erhalten, Verlustscheine zu übernehmen, die sie in der Folge selber bewirtschaften können. Weil aber schon die 85%, welche die Kantone übernehmen müssen, einen grossen Anteil darstellen und das Gläubigerrisiko der Versicherer stark minimiert, sind wir der Meinung, dass die Kantone die Möglichkeit erhalten sollten, die Verlustscheine ohne Zuschlag übernehmen zu können. Die Kantone müssen im Einzelfall (pro Betreibungsdossier) bestimmen können, ob ein Gläubigerwechsel stattfindet oder nicht.	Wir schlagen folgende Änderung vor: «Der Kanton kann den Versicherer auffordern, ihm einzelne oder alle Forderungen, die der Versicherer ihm nach Abs. 3 bekanntgegeben hat, abzutreten. Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung. [...]» Eventualiter (bei Festhalten an der Auffassung, dass eine Abtretung nur möglich ist, wenn der Kanton mehr als 85% übernimmt): «Übernimmt der Kanton zusätzlich drei Prozent von einzelnen oder allen Forderungen, die der Versicherer ihm nach Absatz 3 bekanntgegeben hat, so tritt der Versicherer ihm diese Forderungen ab. [...]»

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Kt. AI	64a	7		Der Kanton Appenzell I.Rh. unterstützt hier den Vorschlag der Minderheit. Den Kantonen soll es weiterhin erlaubt sein, Listen mit säumigen Prämienzahlenden zu führen. Die Idee, den Begriff der Notfallbehandlungen im Gesetz zu definieren, macht zwar Sinn, aber die vorgeschlagene Definition der Notfallbehandlung ist unseres Erachtens nicht praxistauglich und bringt nicht mehr Rechtssicherheit als heute. Die allermeisten Konsultationen und Behandlungen erfolgen, weil die versicherte Person gesundheitliche Schäden befürchtet. Zielführender wäre es unseres Erachtens, wenn im KVG definiert würde, dass die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt abschliessend darüber entscheidet, ob im konkreten Fall eine Notfallbehandlung vorliegt oder nicht, ohne erneute Überprüfung durch die Versicherer.	
Kt. AI	64a	7 ^{bis}		Hier sollte noch sichergestellt werden, dass säumige Prämienzahlende neu nicht einfach nur in einem Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers zu versichern sind, sondern dieses Modell auch eine tiefere Prämie ausweisen muss. Dass der Bundesrat Ausnahmen vorsehen und nähere Bestimmungen erlassen kann, erachten wir auch deshalb als sinnvoll, weil sichergestellt werden muss, dass chronisch Kranke und Menschen mit einer Behinderung keine Nachteile erfahren.	
Kt. AI	Übergangsbestimmungen	1		Wir fordern, dass der Kanton eine Forderung ohne zusätzliche Prozente übernehmen und selber bewirtschaften kann.	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Kt. AI	64a Abs. 5	Die Versicherer sollten nicht bloss verpflichtet werden, Verlustscheine aufzubewahren, sondern auch diese zu bewirtschaften.	Wir schlagen folgende Ergänzung vor: «Der Versicherer bewahrt und bewirtschaftet die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen. Der Bundesrat regelt die Details.
Error! Reference source not found.			



Regierungsrat, 9102 Herisau

Bundesamt für Gesundheit und Soziales
3003 Bern

Dr. iur. Roger Nobs
Ratschreiber
Tel. +41 71 353 63 51
roger.nobs@ar.ch

Herisau, 17. September 2020

Eidg. Vernehmlassung; 16.312 Kt.lv.TG. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten; Stellungnahme des Regierungsrates von Appenzell Ausserrhoden

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Juni 2020 hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) die Vernehmlassung zur Umsetzung der Standesinitiative des Kantons Thurgau eröffnet.

Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden nimmt dazu wie folgt Stellung:

Grundsätzlich sind die Bestrebungen zur Verbesserung des Verfahrens bei Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen zu begrüßen. Appenzell Ausserrhoden ist in der Lage die neue Möglichkeit in Art. 64a Abs. 5 KVG zur eigenen Bewirtschaftung der steuerfremden Verlustscheine zu bewältigen. Detaillierte Bemerkungen finden sich im Antwortformular.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Im Auftrag des Regierungsrates

Roger Nobs, Ratschreiber

Stellungnahme von

Name / Organisation : Kanton Appenzell Ausserrhoden

Abkürzung der Organisation : AR

Adresse : Departement Gesundheit und Soziales, Kasernenstrasse 17, 9102 Herisau

Kontaktperson : Armin Hanselmann, stellvertretender Departementssekretär

Telefon : 071 353 64 89

E-Mail : armin.hanselmann@ar.ch

Datum : 15. September 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2
Weitere Vorschläge	Fehler! Textmarke nicht definiert.

Allgemeine Bemerkungen

Name	Bemerkung/Anregung
AR	Es ist erfreulich, dass der Handlungsbedarf beim Verfahren bei Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen erkannt und angegangen wird. Grundsätzlich begrüsst der Regierungsrat die vorgeschlagenen Massnahmen und unterstützt insgesamt die Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).
AR	Es wird explizit begrüsst, dass Minderjährige keine Prämien und Kostenbeteiligungen mehr schulden und ausschliesslich die Eltern dafür haften.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
AR	64a	2		Die Begrenzung der Anzahl Betreibungen pro Jahr ist sinnvoll. Der Regierungsrat unterstützt den Vorschlag der Stadtammann- und Betreibungsämter der Stadt Zürich: Begrenzung der Anzahl Betreibungen auf ein- oder zweimal pro Jahr.	
AR	64a	5		Voraussetzung für ein wirkungsvolles Inkasso ist das Vorhandensein der notwendigen Belege. Neben den Original-Verlustscheinen sind auch die ursprünglichen Rechtsöffnungstitel zu übergeben. Die kantonale Steuerverwaltung ist in der Lage, die Bewirtschaftung von steuerfremden Verlustscheinen zu bewältigen. Eine Übernahme der Verlustscheinbewirtschaftung durch den Kanton wird befürwortet. Die Ausfallzahlung an die Versicherer	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				soll 85 Prozent betragen und nicht mit zusätzlichen 5 Prozent vergütet werden. Der Regierungsrat unterstützt daher die gleichlautende Forderung des GDK-Vorstands.	
AR	64a	7		Wie die GDK begrüsst auch der Regierungsrat die Aufhebung von Art. 64a Abs. 7. Zudem lehnt er den Minderheitsantrag ab. Um die medizinische Grundversorgung von wirtschaftlich und sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen nicht zu gefährden, hat Appenzell Ausserrhoden zu keinem Zeitpunkt eine schwarze Liste säumiger Prämienzahler geführt.	



Regierungsrat

Postgasse 68
Postfach
3000 Bern 8
info.regierungsrat@be.ch
www.be.ch/rr

Staatskanzlei, Postfach, 3000 Bern 8

Per E-Mail an:

aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch,
gever@bag.admin.ch

Ihr Zeichen:

16. September 2020

Unser Zeichen: 2020.DIJ.4503

RRB Nr.: 1044/2020

Direktion: Direktion für Inneres und Justiz

Klassifizierung: Nicht klassifiziert

Vernehmlassung des Bundes: 16.312 Standesinitiative. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten.

Stellungnahme des Kantons Bern

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Regierungsrat des Kantons Bern dankt Ihnen für die Gelegenheit, zur oben genannten Vorlage Stellung nehmen zu können. Die detaillierten Angaben und Anträge finden Sie im bereitgestellten Formular.

1. Grundsätzliches

Der Regierungsrat begrüsst es, dass die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) nebst der Umsetzung der Standesinitiative 16.312 auch das Verfahren bei Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen umfassend verbessern will. Insbesondere erachtet er es als sinnvoll, dass künftig die Eltern und nicht die jungen Erwachsenen für Prämien und Kostenbeteiligungen belangt werden sollen, die während der Minderjährigkeit angefallen sind. Der Regierungsrat erhofft sich, dass mit dieser Massnahme ein Beitrag zur Schuldenprävention bei jungen Erwachsenen geleistet werden kann.

Der Kanton Bern sieht heute keine Übernahme und Bewirtschaftung der Verlustscheine vor, die aufgrund von Forderungen der Krankenversicherer entstehen. In Anbetracht der rund 18'000 säumigen Prämienzahlenden im Kanton müsste für ein flächendeckendes Case Management ein hoher Aufwand betrieben werden. Zum heutigen Zeitpunkt ist unklar, ob dieses rentabel wäre. Der Regierungsrat begrüsst es jedoch, dass die Kantone die Möglichkeit erhalten, die Verlustscheine bei Bedarf zu übernehmen. Da mit der Übernahme von 85 Prozent der ausstehenden Forderung gemäss Art. 64a Abs. 4 des Krankenversi-

versicherungsgesetzes (KVG; SR 832.10) durch den Kanton das Gläubigerrisiko der Versicherer stark minimiert wird, sollen die Kantone die Möglichkeit erhalten, die Verlustscheine ohne Zuschlag übernehmen zu können.

Der Kanton Bern führt keine Liste mit säumigen Prämienzahlenden. Dass den Kantonen nicht mehr erlaubt werden soll, solche Listen zu führen, erachtet der Regierungsrat dennoch als falsch. Denn grundsätzlich ist zwischen zahlungsunfähigen und zahlungsfähigen, jedoch zahlungsunwilligen Personen zu unterscheiden. Insbesondere in Fällen der Zahlungsunfähigkeit (die unterschiedliche Gründe haben kann) erscheint uns eine Kontaktaufnahme zu diesen Personen sinnvoll. Dadurch lassen sich – wie dies auch der Kanton Thurgau mit seinem Case Management praktiziert – einzelfallbezogene Lösungen finden, beispielsweise in Form einer Budgetberatung. Die Ursachen werden damit angegangen und unvorteilhafte finanzielle Situationen wie langjährige Verschuldung verhindert. Damit folgt der Regierungsrat dem Vorschlag der Minderheit der SGK-S.

Zudem begrüsst der Regierungsrat, dass säumige Prämienzahlende in einem günstigeren Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers versichert werden sollen. Mit dieser Massnahme könnten die Prämienausstände etwas gesenkt werden. Damit sichergestellt ist, dass Versicherte in einem Modell mit verminderter Prämie versichert werden, soll Art. 64a Abs. 7^{bis} entsprechend präzisiert werden. Der Bundesrat sollte gleichzeitig regeln, was passiert, wenn der Versicherer am Wohnort kein solches Modell anbietet.

Dass der von der GDK und santésuisse geschaffene einheitliche Datenaustausch zu Art. 64a KVG neu verbindlich geregelt werden soll, begrüsst der Regierungsrat ebenfalls vollumfänglich. Die uneinheitlichen Datenlieferungen der Krankenversicherer in den vergangenen Jahren hat die Kontrolltätigkeiten seitens der Kantone massiv erschwert und eine Prozessautomatisierung verunmöglicht.

2. Weiteres

Die Kantone haben gemäss dem erläuternden Bericht zwischen 2012 und 2018 rund 2 Milliarden Franken für ausstehende Forderungen bezahlt. Der bestehende Regelungsbedarf bzgl. Art. 64a erfolgt sinnvollerweise auf Bundesebene, da ansonsten ein unübersichtliches Regelwerk zwischen Kantonen und Krankenversicherern resultieren würde. Dass die Kantone zahlen und der Bund regelt, unterminiert allerdings das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz. Der Regierungsrat fordert den Bund dazu auf, die Thematik der Prämienfinanzierung ganzheitlich zu überdenken und entweder die Bestimmung zur Übernahme der Verlustscheine durch die Kantone zu 85 Prozent von Art. 64a Abs. 4 zu streichen oder die Prämienausstände zu übernehmen.

Im Weiteren verweist der Regierungsrat nebst den Anträgen im bereitgestellten Formular auf die Stellungnahme der GDK, die er vollumfänglich unterstützt.

Der Regierungsrat dankt Ihnen für die Berücksichtigung seiner Anliegen.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrates

Pierre-Alain Schnegg
Regierungspräsident

Christoph Auer
Staatsschreiber

Verteiler

- Finanzdirektion
- Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion
- Datenschutzaufsichtsstelle

Beilagen

- Antwortformular Kanton Bern

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Regierungsrat des Kantons Bern

Abkürzung der Organisation : Kanton Bern

Adresse : Postgasse 68, Postfach, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Rolf Häner, Amtsleiter Amt für Sozialversicherungen

Telefon : 031 633 71 46

E-Mail : rolf.haener@be.ch

Datum : 16. September 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2
Weitere Vorschläge	5

Allgemeine Bemerkungen	
Name	Bemerkung/Anregung

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)					
Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Kanton Bern	3	1 ^{bis}		Wir stimmen der Änderung zu.	
Kanton Bern	5	2		Wir stimmen der Änderung zu.	
Kanton Bern	61a	1		Der Regierungsrat erachtet es als sinnvoll, dass die Eltern und nicht die jungen Erwachsenen für Prämien und Kostenbeteiligungen belangt werden, die während der Minderjährigkeit angefallen sind.	
Kanton Bern	61a	2		Wir stimmen der Änderung zu.	
Kanton Bern	64	1 ^{bis}		Wir stimmen der Änderung zu.	
Kanton Bern	64a	1 ^{bis}		Präzisierung gemäss der Musterstellungnahme der GDK, da es (um Umsetzungsprobleme zu vermeiden) um den	Mindestens im erläuternden Bericht ist zu präzisieren, dass Eltern den Versicherer des

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				Krankenversicherer des Kindes gehen muss (wenn Eltern eine andere Krankenversicherung haben).	Kindes nicht wechseln dürfen, wenn sie ausstehende Prämien oder Kostenbeteiligungen für das Kind schulden.
Kanton Bern	64a	2		Die Kantone übernehmen gemäss Art. 64a Abs. 4 KVG 85 Prozent der Forderungen, die zu einem Verlustschein geführt haben und so auch die Betreuungskosten. Heute können die Krankenversicherer säumige Prämienzahlende beliebig oft pro Jahr betreiben, wobei mit jeder Betreuung Betreuungskosten und zusätzlicher administrativer Aufwand entstehen. Neu sollen die Krankenversicherer säumige Prämienzahlende höchstens viermal pro Jahr betreiben dürfen. Der Regierungsrat verlangt eine Beschränkung auf zwei Betreibungen pro Jahr. Die Häufigkeit der Betreibungen soll sich auf die Person selbst und nicht den Krankenversicherer beziehen. Zudem sollen nebst den Prämien auch die Kostenbeteiligungen eingeschlossen werden.	Absatz 2 ist wie folgt zu ändern: «Ein Versicherer darf eine versicherte Person respektive die Eltern der minderjährigen versicherten Person in einem Kalenderjahr höchstens zwei Mal für Prämien und Kostenbeteiligungen betreiben. [...]»
Kanton Bern	64a	4		Wir stimmen der Änderung zu.	
Kanton Bern	64a	5		Der Kanton Bern sieht heute keine Übernahme und Bewirtschaftung der Verlustscheine vor, die aufgrund von Forderungen der Krankenversicherer entstehen. In Betracht der rund 18'000 säumigen Prämienzahlenden im Kanton müsste für ein flächendeckendes Case Management ein hoher Aufwand betrieben werden. Zum heutigen Zeitpunkt ist es unklar, ob dieses rentabel wäre. Der Regierungsrat begrüsst es jedoch, dass die Kantone die Möglichkeit erhalten, die Verlustscheine bei Bedarf zu übernehmen. Da mit der Übernahme der 85 Prozent gemäss Art. 64a Abs. 4 KVG das Gläubigerrisiko der Versicherer stark minimiert wird, sollen die Kantone die Möglichkeit erhalten, die Verlustscheine ohne Zuschlag übernehmen zu können.	Wir schlagen der GDK folgend die Änderung von Absatz 5 vor: «Der Kanton kann den Versicherer auffordern, ihm einzelne oder alle Forderungen, die der Versicherer ihm nach Absatz 3 bekanntgegeben hat, abzutreten. [...]» Eventualiter (bei Festhalten an der Auffassung, dass eine Abtretung nur möglich ist, wenn der Kanton mehr als 85 Prozent übernimmt):

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				Wir begrüßen, dass bei einer Abtretung des Verlustscheins an den Kanton, der Versicherer und die Versicherungsform gewechselt werden kann.	«Übernimmt der Kanton zusätzlich drei Prozent von einzelnen oder allen Forderungen, die der Versicherer ihm nach Absatz 3 bekanntgegeben hat, so tritt der Versicherer ihm diese Forderungen ab. [...]»
Kanton Bern	64a	6		Wir begrüßen diese Präzisierung. Damit kann die versicherte Person sobald die Ausstände bezahlt sind, die Versicherung wechseln. Die Ausstände müssen neu nicht durch die versicherte Person selbst, sondern durch z.B. Angehörige bezahlt werden.	
Kanton Bern	64a	7		Der Regierungsrat unterstützt den Vorschlag der Mehrheit , dass den Kantonen nicht mehr erlaubt werden soll, Listen säumiger Prämienzahlender zu führen. Der Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung muss gewährleistet sein und es können mit dieser Massnahme weitere Auseinandersetzungen um die Definition von Notfallbehandlungen vermieden werden. Zudem ist der Nutzen der Listen umstritten, wie Erfahrungen von einigen Kantonen und diverse Auswertungen zeigen.	
Kanton Bern	64a	7 ^{bis}		Der Regierungsrat begrüsst es, dass säumige Prämienzahlende in einem günstigeren Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers versichert werden sollen. Da sichergestellt werden soll, dass es ein Modell mit verminderter Prämie ist, unterstützen wir die von der GDK vorgeschlagene Präzisierung. Der Bundesrat sollte jedoch regeln, was passiert, wenn der Versicherer am Wohnort kein solches Modell anbietet.	«Der Versicherer versichert die Personen, die er nach Absatz 3 der zuständigen kantonalen Behörde bekannt gegeben hat, in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers und reduzierter Prämie . [...]»
Kanton Bern	64a	7 ^{ter}		Dass Kinder ab Erreichen der Volljährigkeit ungeachtet der Schulden Ihrer Eltern für die Zeit vor ihrer Volljährigkeit den Versicherer wechseln dürfen, erachtet der Regierungsrat als sinnvoll.	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Kanton Bern	64a	7 ^{quater}		Dass der von der GDK und santésuisse geschaffene einheitliche Datenaustausch zu Art. 64a KVG neu verbindlich geregelt werden soll, begrüsst der Regierungsrat ebenfalls vollumfänglich. Die uneinheitlichen Datenlieferungen der Krankenversicherer in den vergangenen Jahren hat die Kontrolltätigkeiten seitens der Kantone massiv erschwert und eine Prozessautomatisierung verunmöglicht.	
Kanton Bern	64a	8		Wir begrüssen diese Änderung infolge der Schaffung von Absatz 7 ^{quater} .	
Kanton Bern	Übergangsbestimmungen	1		Falls der Forderung zu Abs. 5 entsprochen wird, kann auf Absatz 1 verzichtet werden.	
Kanton Bern	Übergangsbestimmungen	2		Der Regierungsrat erachtet die Übergangsbestimmung als sinnvoll.	

Weitere Vorschläge				
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag	
Kanton Bern		Die Kantone haben gemäss dem erläuternden Bericht zwischen 2012 und 2018 rund 2 Milliarden Franken für ausstehende Forderungen bezahlt. Der bestehende Regelungsbedarf bzgl. Art. 64a erfolgt sinnvollerweise auf Bundesebene, da ansonsten ein unübersichtliches Regelwerk zwischen Kantonen und Krankenversicherern resultieren würde. Dass die Kantone zahlen und der Bund regelt, unterminiert allerdings das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz. Der Regierungsrat fordert den Bund dazu auf, die Thematik der Prämienfinanzierung ganzheitlich zu überdenken und entweder die Bestimmung zur		

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

		Übernahme der Verlustscheine durch die Kantone zu 85 Prozent von Art. 64a Abs. 4 zu streichen oder die Prämienausstände zu übernehmen.	
Kanton Bern	64a Abs. 5	Der Regierungsrat fordert, dass die Versicherer nicht bloss verpflichtet werden, Verlustscheine aufzubewahren, sondern diese auch zu bewirtschaften.	Wir schlagen folgende Ergänzungen vor «Der Versicherer bewahrt und bewirtschaftet die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf. Der Bundesrat regelt die Details. [...]»

Regierungsrat, Rathausstrasse 2, 4410 Liestal

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-S)

Per E-Mail an:

aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Liestal, 8. September 2020

16.312 Kt.lv.TG. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten, Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrter Herr Rechsteiner
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Juni 2020 haben Sie uns eingeladen, im Rahmen einer Vernehmlassung zum Geschäft 16.312 Kt.lv.TG. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten unsere Stellungnahme abzugeben.

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft begrüsst die geplanten Änderungen von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Die Stellungnahmen zu den einzelnen Gesetzesbestimmungen können Sie dem Antwortformular entnehmen.

Besten Dank für Ihre Kenntnisnahme.

Hochachtungsvoll



Dr. Anton Lauber
Regierungspräsident



Elisabeth Heer Dietrich
Landschreiberin

Beilage:

– Antwortformular

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Kanton Basel-Landschaft

Abkürzung der Organisation : BL

Adresse : Rathausstrasse 2, 4410 Liestal

Kontaktperson : Lia Schürmann

Telefon : 061 552 61 28

E-Mail : lia.schuermann@bl.ch

Datum : 8. September 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2
Weitere Vorschläge	4

Allgemeine Bemerkungen

Name	Bemerkung/Anregung

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
BL	3 5 61a 64a	1, 1 ^{bis} 2 1 1 ^{bis}		Diese Änderung ist aus unserer Sicht sinnvoll und wichtig. Kinder sollten nicht für Versäumnisse ihrer Eltern betrieben werden können. Das gleiche gilt für junge Erwachsene, die nach dem Erreichen der Volljährigkeit nicht für die Zahlungsausstände verantwortlich sein sollen, die während ihrer Minderjährigkeit angefallen sind. Die Schuldner aller Zahlungsausstände, die während der Minderjährigkeit entstanden sind, sollen die erziehungsberechtigten Personen bleiben.	
BL	64a	2		Dass die Krankenversicherer die säumigen Versicherten höchstens viermal pro Jahr betreiben dürfen, ist ein willkommener Kompromiss. Die administrativen Kosten und damit auch die Betreibungskosten sollten im Sinne der versicherten und zahlenden Bevölkerung möglichst minimiert werden. Deshalb ist es berechtigt, kritisch zu hinterfragen, ob eine höhere Anzahl an Betreibungen der gleichen Person in	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				einem Jahr die Erfolgsquote der Rückzahlung überhaupt erhöht. Aus diesem Grund kann die Festlegung einer maximalen Anzahl Betreibungen pro säumigen Versicherten kostensenkend wirken.	
BL	64a	4 5		Durch die neue Regelung wird der definitive Entscheid über eine mögliche Übernahme nach wie vor den Kantonen überlassen, was zu begrüßen ist. Der Kanton Basel-Landschaft hat mit einer Verlustscheinübernahme bereits Erfahrungen gemacht. Der Kanton Basel-Landschaft hatte zwischen 2012 und 2017 einen Vertrag mit Santésuisse, wonach die beigetretenen Versicherer ihre Verlustscheine zu 92 Prozent der auf dem Verlustschein ausgewiesenen Forderung an den Kanton abtreten konnten. Die Erfahrungen haben aber gezeigt, dass mit dem kantonseigenen Inkasso kein ausreichender Ertrag generiert werden konnte. Die administrativen Kosten und das finanzielle Risiko im Falle einer entsprechenden kantonalen Regelung würden sich durch die neuen gesetzlichen Vorgaben reduzieren.	
BL	64a	7		Aufgrund der im erläuternden Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats dargelegten Vergleiche der Entwicklung der Zahlungsausstände in den Kantonen mit und ohne Listen, kann kein Mehrwert solcher Listen erkannt werden. Insbesondere das Verhältnis von Aufwand und Ertrag bei der Bewirtschaftung solcher Listen kann sowohl administrativ wie auch technisch zu einem beträchtlichen Mehraufwand führen. Auch die Tatsache, dass der Begriff «Notfallbehandlung» zurzeit Auslegungssache ist und damit zu ethisch und rechtlich fragwürdigen Entscheiden führen kann, spricht gegen entsprechende Listen. Ebenso gibt es Situationen, wie beispielsweise während der aktuellen Pandemie, wo es wichtig sein kann, dass alle Personen Zugang zu einer nicht notfallmässigen medizinischen Betreuung haben. So liegt es durchaus im öffentlichen Interesse, dass eine mögliche Ansteckung mit COVID-19 bei möglichst vielen Personen	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				getestet und gegebenenfalls frühzeitig behandelt wird, damit eine weitere Ausbreitung und Todesfälle reduziert werden können.	
BL	64a	7 ^{bis}		Die geplante Änderung von Artikel 64a Abs. 7 ^{bis} KVG, so dass zahlungsfähige aber zahlungsunwillige Personen zwangsweise in günstigere Versicherungsmodelle versichert werden können, ist aus Sicht des Kanton Basel-Landschaft ein sinnvoller Schritt. Insbesondere die Anpassung des Modells hin zu Hausarzt- und HMO-Modellen kann die Prämien wie auch die Gesundheitskosten reduzieren.	
BL	64a	7 ^{ter}		Diese Regelung ist zu begrüßen. Mit einem Wechsel des Krankenversicherers können die jungen Erwachsenen monatlich mehr als 100 Franken Prämie sparen.	

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Kanton Basel-Stadt

Abkürzung der Organisation : BS

Adresse : Rathaus, Marktplatz 9, 4001 Basel

Kontaktperson : Dr. Antonios Haniotis, Leiter Amt für Sozialbeiträge
Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt

Telefon : 061 267 86 39

E-Mail : antonios.haniotis@bs.ch

Datum : 22.09.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2
Weitere Vorschläge	9

Allgemeine Bemerkungen

Name	Bemerkung/Anregung
BS	Der Kanton Basel-Stadt begrüsst es sehr, dass das Parlament mit dieser Vorlage, die insbesondere zur Umsetzung der Standesinitiative 16.312 des Kantons Thurgau erarbeitet wurde, eine Gesamtschau über die Erfahrungen mit der seit 1. Januar 2012 geltenden Regelung des Art. 64a KVG vornimmt und gleichzeitig auch weitere aktuelle politische Vorstösse mitberücksichtigt.
BS	

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
BS	3	1 ^{bis}		Der Kanton Basel-Stadt begrüsst diese Änderung (s. Bemerkungen zu Art. 61a).	
BS	5	2		Der Kanton Basel-Stadt begrüsst diese Änderung.	
BS	61a			Der Kanton Basel-Stadt begrüsst diesen neuen Artikel. Mit den Anpassungen der Art. 3, 5, 61a, 64 und 64a KVG wird neu verbindlich sichergestellt, dass junge Erwachsene nicht mehr für Prämien und Kostenbeteiligungen belangt werden können, die während ihrer Minderjährigkeit angefallen sind. Mit der Übergangsbestimmung Absatz 2 wird erreicht, dass die Versicherer ab Inkrafttreten der Revision keine minderjährigen Versicherten mehr belangen können, auch nicht für	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				Ausstände, die vor dem Inkrafttreten entstanden sind. Wir begrüssen diese Anpassung im KVG, die u.a. von zwei Motionen gefordert wurde, ausdrücklich. Wir erachten es als sehr wichtig zu vermeiden, dass junge Erwachsene aus wirtschaftlich schwächeren Haushalten mit einer unverschuldeten und allenfalls erheblichen Schuldenbelastung ins eigenständige und eigenverantwortliche Leben starten müssen. Ebenfalls begrüssen wir den vorgeschlagenen neuen Absatz 7^{ter} von Art. 64a KVG, dass Kinder, die das 18. Altersjahr vollenden, auf das Ende des Kalenderjahres den Versicherer und die Versicherungsform wechseln dürfen, auch wenn für sie Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse oder Betreuungskosten ausstehen (welche die Eltern bezahlen müssten). Damit wird diesen jungen Erwachsenen ermöglicht, bei Erreichen der Volljährigkeit selber eine Wahl ihrer Krankenversicherung zu treffen und – wo nötig und möglich – zu einem günstigeren Versicherer zu wechseln.	
BS	64a	2		Die vorgeschlagene Regelung, dass die Krankenversicherer säumige Versicherte höchstens je viermal pro Jahr für eigene Prämien und für Prämien eines Kindes betreiben dürfen, statt bisher beliebig oft, ist zu begrüssen. Diese Beschränkung der Anzahl Betreibungen pro Person und Jahr erscheint zweckmässig und sinnvoll um die entstehenden Betreibungs- und Verfahrenskosten auf ein vertretbares Mass zu begrenzen. Die Betreibungs- und Verfahrenskosten sind im finanziellen Interesse aller Beteiligten möglichst gering zu halten. Sie sollen sich insbesondere nicht so belastend auswirken, dass eine Schuldensanierung der versicherten Person massgeblich erschwert oder sogar verhindert wird.	Mindestens im erläuternden Bericht zu Art. 64a Abs. 2 KVG (S.19/20) sollte präzisiert werden, dass diese Begrenzung der Anzahl Betreibungen pro Jahr auch die Geltendmachung von Kostenbeteiligungsforderungen einschliesst. Allenfalls sollte auch der Gesetzestext dahingehend ergänzt werden.

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				Den Erläuterungen im Bericht (S. 19/20) ist zuzustimmen, dass eine Beschränkung auf bloss ein oder zwei zulässige Betreibungen pro Jahr dagegen zu einer unerwünschten verzögerten Geltendmachung der Ausstände führen würde.	
BS	64a	4		Mit der Zusammenlegung der alten Absätze 4 und 5 zum neuen Absatz 4 sowie mit den neuen Formulierungen sind wir grundsätzlich einverstanden. Anlässlich der Gesamtschau der Vorlage der SGK-S erachtet der Kanton Basel-Stadt es aber als sachdienlich, bei dieser Gelegenheit auch die Bestimmung über die bei den Versicherten verbleibenden Verlustscheine, für welche sie 85 Prozent der Forderungssumme vom Kanton erhalten haben, anzupassen. Die Formulierung im bisherigen Abs. 5 von Art. 64a KVG, neu inhaltlich unverändert in Abs. 4, wonach der Versicherer die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen <i>aufbewahrt</i>, lässt es den Versicherern völlig frei, ob und in welchem Rahmen sie diese Verlustscheine bewirtschaften wollen und versuchen, die Ausstände einbringlich zu machen. Seit Jahren monieren die Kantone die tiefen Ertragsquoten und die erheblichen, aber unerklärlichen Unterschiede der erzielten Erträge zwischen den Kantonen und unter den einzelnen Krankenversicherern. Die tiefen Ertragsquoten führen auch zu geringen Rückerstattungen (der Hälfte der erhaltenen Beträge) an die Kantone. Anstelle eines blossen „Aufbewahren“ der Verlustscheine durch die Versicherer sollte im Gesetz eine aktive Verlustscheinbewirtschaftung der Versicherer verlangt werden. Auf Verordnungsstufe (KVV) wäre diese Pflicht zu konkretisieren, z.B. dass die Versicherer ihre kasseninternen Inkassoregelungen (mit eigener oder	Der Kanton Basel-Stadt fordert, dass die Versicherer in Bezug auf die bei ihnen verbleibenden Verlustscheine nicht nur zu deren Aufbewahrung, sondern vielmehr zu deren Bewirtschaftung verpflichtet werden. Art. 64a Abs. 4 KVG sollte im <i>zweiten und dritten Satz</i> KVG wie folgt lauten: „<i>Der Versicherer bewirtschaftet die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.</i>“ (Satz 3 der Vorlage würde dann zu Satz 4).

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				ausgelagerter Verlustscheinbewirtschaftung) dem BAG zur Kenntnis u./o. zur Genehmigung unterbreiten müssen. Ferner könnte in der Verordnung vorgesehen werden, dass die Revisionsstellen der Versicherer den Kantonen jährlich zusammen mit der Kontrolle der Verlustscheinabrechnungen bescheinigen, dass die Verlustscheine aktiv bewirtschaftet werden.	
BS	64a	5		Wie von der Thurgauer Standesinitiative gefordert, sollen künftig Kantone, welche 90 Prozent der ausgewiesenen Forderungen der Krankenversicherer übernehmen, diese Verlustscheine vom Versicherer übertragen erhalten und selber bewirtschaften. Dieses Element der Vorlage erachten wir für die Versicherten wie für die Kantone als zentral und sehr begrüßenswert. Mit der Möglichkeit zur Übernahme von 90 Prozent einer Verlustscheinforderung durch den Kanton und damit einhergehend der Einräumung der Möglichkeit zum Kassenwechsel für die betroffenen versicherten Personen, kann die Härte des heutigen, u.E. zu absoluten Kassenwechselverbots für säumige Versicherte massgeblich gemildert werden. Bei den Erläuterungen zur neuen Fassung von Absatz 5 vermissen wir allerdings eine unmissverständlich klare Aussage, dass dies eine optionale Auskaufmöglichkeit für den Kanton ist, um sich auf diese Art einzelne oder alle Verlustscheine abtreten zu lassen. Dem Kanton muss es nach unserer Interpretation des Gesetzestextes und der diesbezüglich eindeutigen Übergangsbestimmung (Abs. 1) freigestellt bleiben, den Grossteil der Verlustscheinforderungen wie im geltenden Recht weiterhin zu 85 Prozent abzugelten und nur einzelne Verlustscheine nach eigenen Kriterien zu übernehmen, indem der Kanton zusätzlich fünf Prozent der betreffenden Forderung übernimmt. Diese Auskaufmöglichkeit von Einzelfällen soll u.E. dabei sowohl im Zuge der jährlichen Abrechnung	Im erläuternden Bericht (S. 16 und 21f.) sollte explizit ausgeführt werden, dass die Kantone im Einzelfall bestimmen können, ob sie 90 Prozent der bekanntgegebenen Forderungen für eine versicherte Person (und gegebenenfalls ihrer Kinder) übernehmen wollen. Diese Klarstellung ist auch im vorgeschlagenen Gesetzestext der Vorlage (Art. 64a Abs. 5, erster Satz, KVG) vorzunehmen, welcher wie folgt lauten könnte: „Übernimmt der Kanton zusätzlich fünf Prozent <i>einzelner oder aller</i> Forderungen, die der Versicherer ihm nach Absatz 3 bekanntgegeben hat, so tritt der Versicherer ihm diese Forderungen ab. ...“

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				zwischen Versicherer und Kantonen möglich sein (Schlussabrechnung der Versicherer bis 31. März und Zahlung der Kantone bis 30. Juni, Art. 105f und Art. 105k KVV), wie auch zu einem beliebigen späteren Zeitpunkt. Die dazu notwendigen Spezifizierungen können auf Verordnungsstufe geregelt werden. Zur Klarstellung sollten sowohl die Erläuterungen wie der Gesetzestext dementsprechend präzisiert werden.	
BS	64a	6		Die vorgeschlagene Präzisierung des Gesetzestextes, wonach die Forderung nicht nur von der säumigen versicherten Person, sondern auch durch Dritte bezahlt werden kann, ist zu begrüssen.	
BS	64a	7		Der Kanton Basel-Stadt unterstützt den Vorschlag der Kommissionsmehrheit, Absatz 7 zu streichen und damit das Führen kantonaler Listen mit säumigen Prämienzahlenden künftig nicht mehr zu erlauben. Im Gegenzug sollen gemäss diesem Vorschlag die Krankenversicherer verpflichtet werden, säumige Prämienzahlende neu in einem günstigeren Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers zu versichern. Die Kommissionsminderheit will dagegen den Kantonen weiterhin erlauben, solche Listen zu führen. Dabei soll aber der Begriff der Notfallbehandlung schweizweit festgelegt werden. Der Kanton Basel-Stadt befürwortet die Abschaffung der Listen säumiger Prämienzahlender eindringlich und lehnt den Antrag der Kommissionsminderheit, einschliesslich deren Umschreibung des Begriffs der Notfallbehandlung im KVG, als praxisuntauglich ab. Insbesondere der vorgeschlagene Text zur Definition der Notfallbehandlung - „wenn die versicherte Person ohne sofortige Behandlung gesundheitliche	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

			Schäden oder den Tod befürchten muss" - ist zu unbestimmt und bringt nicht mehr Rechtssicherheit als heute. Fraglich ist beispielsweise, ob damit die subjektive Optik der versicherten Person gemeint ist. Ferner ist der Begriff der „gesundheitlichen Schäden“ nicht definiert und letztlich nicht definierbar. Mit der vorgeschlagenen, zu unbestimmten Gesetzesformulierung würde es auch nicht helfen, die behandelnden Leistungserbringer über die Erfüllung des Begriffs der Notfallbehandlung entscheiden zu lassen: Vielschichtige Streitfälle wären vorprogrammiert. Schliesslich geht beim Vorschlag der Kommissionsminderheit aus dem vorgeschlagenen Gesetzestext und den Erläuterungen nicht hervor, ob wie bisher auch Kinder auf die kantonale Liste säumiger Prämienzahlender eingetragen werden dürften – was politisch bereits auf viel Kritik gestossen ist – oder ob neu nur deren prämienpflichtige Eltern auf die Liste kämen. Sollte der Antrag der Kommissionsminderheit wider Erwarten weiter verfolgt werden, sollten zumindest die Kinder von dieser Versicherungseinschränkung ausgenommen werden.	
BS	64a	7 ^{bis}	Der Vorschlag der Kommissionsmehrheit - die Versicherung säumiger Prämienzahlender mit Verlustscheinen in einem günstigeren Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers - erscheint uns grundsätzlich als ein gesundheitspolitisch und finanziell angebrachtes Vorgehen. Wie die Umsetzung der entsprechenden Versicherungsbedingungen bei diesen allenfalls gegen ihren Willen in solchen Modellen Versicherten in der Praxis funktionieren wird, lässt sich allerdings nicht eindeutig antizipieren, zumal statistisch nicht erstellt ist, wie viele Versicherte mit Verlustscheinen heute schon in diesen weit verbreiteten Versicherungsmodel-	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				len versichert sind und wie sie sich da verhalten. Dass der Bundesrat die Kompetenz zur Regelung von Ausnahmen und näheren Bestimmungen erhält, erscheint sachgerecht, um den Erfahrungen mit der neuen Regelung zu gegebenem Zeitpunkt im Detail Rechnung tragen zu können. Es muss z.B. sichergestellt werden, dass Chronischkranke und Menschen mit einer Behinderung keine Nachteile durch die Umteilung in ein anderes Versicherungsmodell erfahren.	
BS	64a	7 ^{ter}		Wie in den Bemerkungen zu Art. 61a KVG erwähnt, begrüsst der Kanton Basel-Stadt diese Ergänzung in Art. 64a KVG, die es neu Kindern, die das 18. Altersjahr vollenden, erlaubt, auf das Ende des Kalenderjahres den Versicherer und die Versicherungsform zu wechseln, auch wenn Ausstände für sie vorliegen, die die Eltern bezahlen müssten. In der Praxis wird es wichtig sein, dass diese Kinder rechtzeitig vom Versicherer über ihr Wechselrecht informiert werden, was auf Verordnungsstufe festgelegt werden sollte.	Auf Verordnungsstufe (KVV) sollte festgelegt werden, dass die Versicherer diese Kinder rechtzeitig über ihre Rechte informieren müssen.
BS	64a	7 ^{quater}		Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für einen elektronischen Datenaustausch zwischen Kantonen und Versicherern nach einem einheitlichen Standard ist sehr zu begrüssen. Der damit zusammenhängenden, lediglich formalen Änderung in Absatz 8 ist ebenfalls zuzustimmen.	
BS	Übergangsbestimmungen	1		Diese Übergangsbestimmung ist sehr wesentlich und zu begrüssen. Sie ermöglicht den Kassenwechsel auch in Fällen von vor Inkrafttreten der Revision ausgestellten Verlustscheinen. Dass ein Kanton diese Verlustscheine zu einem tieferen Preis als die künftigen Verlustscheine übernehmen kann, erscheint aufgrund des grösseren Inkassorisikos sachlich geboten: In vielen Fällen alter Schulden dürfte ein Schuldenerlass angezeigt sein um die finanzielle Selbständigkeit nicht zu gefährden.	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

BS	Übergangs- bestimmungen	2		Diese Übergangsbestimmung ist sinnvoll. Wie in den Erläuterungen festgehalten wird, wird damit erreicht, dass die Versicherer ab Inkrafttreten der Revision keine minderjährigen Versicherten mehr belangen können, auch nicht für Ausstände, die vor dem Inkrafttreten entstanden sind. Allerdings schützt die vorgeschlagene Übergangsbestimmung diejenigen Versicherten, die bei Inkrafttreten bereits volljährig sind, nicht davor, für allfällige in ihrer Kindheit entstandene Ausstände belangt und betrieben zu werden. Wir regen deshalb an, zu prüfen, ob mittels Übergangsrecht das neue Recht auch generell auf im Zeitpunkt des Inkrafttretens laufende sowie auf künftige Inkassoverfahren der Versicherer für Kinderprämien anwendbar erklärt werden könnte.	
----	----------------------------	---	--	--	--

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Conseil d'Etat
Rue des Chanoines 17, 1701 Fribourg

Conseil d'Etat CE
Staatsrat SR

Rue des Chanoines 17, 1701 Fribourg

T +41 26 305 10 40, F +41 26 305 10 48
www.fr.ch/ce

PAR COURRIEL

Commission de la sécurité sociale et
de la santé publique du Conseil des Etats
3003 Berne

Courriel : gever@bag.admin.ch
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch

Fribourg, le 22 septembre 2020

Consultation : 16.312 lv. ct. TG. Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Dans l'affaire susmentionnée, nous nous référons à votre courrier du 15 juin 2020. Le Conseil d'Etat remercie la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique pour l'invitation à prendre position concernant l'objet susmentionné. Le Conseil d'Etat salue et soutient l'orientation globale du projet.

Pour le détail, le Conseil d'Etat a confié l'appréciation technique de l'avant-projet à l'Etablissement cantonal des assurances sociales (ECAS), dont la prise de position est annexée. Ces observations sont pertinentes et le Conseil d'Etat peut sans autre les faire siennes.

En particulier, nous souhaiterions que le nombre de poursuites soit limité à deux par an, par personne assurée et par assureur (article 64a al. 2 AP-LAMal). De cette façon, si la personne assurée est poursuivie par deux assureurs, l'assureur le plus rapide ne peut pas priver l'autre de la possibilité d'entamer une poursuite. Cette solution est également plus facile à mettre en œuvre pour les assureurs et évite des coûts supplémentaires en cas de méconnaissance par l'assureur de poursuites antérieures.

De plus, nous soutenons l'idée que les cantons puissent reprendre les actes de défauts de bien dont ils ont pris en charge le 85 %, et ce sans devoir verser un supplément. Cette proportion représente déjà une part importante de la créance et suffit à minimiser grandement le risque pour les créanciers-assureurs.

Enfin, nous partageons également les observations de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé, qui vont dans le même sens.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Au nom du Conseil d'Etat :

Anne-Claude Demierre, Présidente





Anne-Claude Demierre
23.9.2020



Signature électronique qualifiée - Droit suisse
Signé sur Skribble.com

Danielle Gagnaux-Morel, Chancelière d'Etat



Danielle Gagnaux-Morel
23.9.2020



Signature électronique qualifiée - Droit suisse
Signé sur Skribble.com

L'original de ce document est établi en version électronique

Annexe

—
Prise de position de l'Etablissement cantonal des assurances sociales du 03.07.2020 concernant la loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)

Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation

Prise de position de

Nom / organisation : Etablissement cantonal des assurances sociales du canton de Fribourg

Abréviation de l'organisation : ECAS

Adresse : Impasse de la Colline 1, Case postale 176, 1762 Givisiez

Personne de référence : Hans Jürg Herren

Téléphone : 026 305 52 70

Courriel : hansjuerg.herren@ecasfr.ch

Date : 03.07.2020

Remarques importantes :

1. Veuillez ne pas changer le format du formulaire.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le 6 octobre 2020 aux adresses suivantes :
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Nous vous remercions de votre participation.

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

Sommaire

Remarques générales _____	2
Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) _____	2
Autres propositions _____	6

Remarques générales	
Nom	Commentaires/remarques

Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)					
Nom	Art.	Al.	Let.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.ECAS	3	1 ^{bis}		Nous approuvons cette modification.	
ECAS	5	2		Nous approuvons cette modification.	
ECAS	61a	1		Nous soutenons le fait que les jeunes adultes ne doivent plus être responsables des arriérés de primes dus pendant leur enfance. Au lieu de cela, la détentrice / le détenteur de la responsabilité parentale reste l'unique débitrice / débiteur des primes des enfants jusqu'à 18 ans.	
ECAS	61a	2		Nous approuvons cette modification.	

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

ECAS	64	1 ^{bis}		Nous approuvons cette modification.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. ECAS	64a	1 ^{bis}		Nous soutenons l'idée que les dispositions concernant le non-paiement des primes et des participations aux coûts doivent en principe s'appliquer aux parents pour les assurés mineurs. Cependant, la manière dont il convient de comprendre l'alinéa 1bis en lien avec l'alinéa 6 ne nous paraît pas clair, par exemple si les parents paient leurs propres primes et participations aux coûts mais pas celles d'un enfant mineur. Les parents ne peuvent-ils alors pas changer d'assureur ou ne peuvent-ils pas changer l'assureur de leur enfant mineur ? La première variante (les parents ne peuvent changer d'assureur s'ils ont des arriérés de primes ou de participations aux coûts pour l'enfant) doit être évitée, car elle serait difficilement applicable lorsque les parents et l'enfant ne sont pas assurés auprès du même assureur.	Il convient au moins de préciser dans le rapport explicatif que les parents ne peuvent pas changer l'assureur de l'enfant s'ils doivent des arriérés de primes ou de participations aux coûts pour l'enfant.
ECAS	64a	2		En reprenant 85 % des créances ayant conduit à un acte de défaut de biens, les cantons assument également une part des frais de poursuite. Limiter le nombre de poursuites par année est donc dans l'intérêt des cantons. Nous proposons d'aller plus loin que l'avant-projet de la CSSS-E et de fixer la limite à deux poursuites par année. Comme il est possible qu'un assuré soit poursuivi par deux assureurs, nous proposons de définir une limite par assureur et par assuré. De la sorte, un assureur ne peut utiliser le « contingent de poursuites » et l'autre assureur n'est pas laissé pour compte. Il nous semble également peu vraisemblable qu'un assuré fasse valoir, comme décrit dans le rapport explicatif, auprès de son nouvel assureur qu'il a déjà été poursuivi par l'ancien assureur quatre fois au cours de l'année. La poursuite portant sur les participations aux coûts doit en outre également être incluse dans cette limitation. Le rapport explicatif indique : « Mais s'il ne pouvait en engager qu'une ou deux fois par an, il ne pourrait faire valoir ses créances non recouvrées qu'à retardement. De plus, ses créances seraient alors d'un montant tel que les assurés de condition économique modeste ne pourraient guère les payer en une fois. » On peut objecter à cela que les créances ne sont pas seulement réclamées lors de la	Il convient de modifier comme suit l'alinéa 2 : « Un assureur peut poursuivre un assuré, respectivement les parents de l'assuré mineur, au maximum deux fois au cours d'une année civile pour les primes et les participations aux coûts [...] »

Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation

				poursuite, mais en premier lieu lors de la facturation et de la sommation.	
ECAS	64a	4		Nous sommes d'accord avec la nouvelle formulation en allemand et le regroupement des anciens alinéas 4 et 5 dans le nouvel alinéa 4. Nous sommes également d'accord avec la nouvelle formulation de la dernière phrase, qui laisse ouverte la possibilité que des membres de la famille ou d'autres personnes règlent la dette.	
ECAS	64a	5		Nous approuvons fondamentalement l'idée que les cantons aient la possibilité de reprendre des actes de défaut de biens qu'ils pourront ensuite gérer eux-mêmes. Mais comme les 85 % que les cantons doivent prendre en charge représentent déjà une part importante et minimisent grandement le risque créancier des assureurs, nous pensons que les cantons devraient avoir la possibilité de reprendre les actes de défaut de biens sans supplément. Les cantons doivent pouvoir déterminer au cas par cas (par dossier de poursuite) si un changement de créancier a lieu ou non. Nous sommes favorables à ce que les assurés dont les actes de défaut de biens ont été cédés au canton aient la possibilité de changer d'assureur et de forme d'assurance.	Nous proposons la modification suivante : « Le canton peut contraindre l'assureur à lui céder tout ou partie des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3. [...] »
ECAS	64a	6		Nous saluons cette précision (une créance peut également être payée par des membres de la famille ou par une autre personne).	
ECAS	64a	7		Nous soutenons la proposition de la majorité : l'actuel alinéa 7, qui permet aux cantons de tenir une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes, est abrogé. Une étude ainsi que diverses évaluations et expériences des cantons montrent que la tenue d'une liste est coûteuse pour le canton et que son utilité ne peut être prouvée. La liste engendre des coûts supplémentaires non seulement pour le canton qui la tient, mais aussi pour les assureurs. De nombreuses ressources sont également mobilisées pour les questions relatives aux listes dans l'échange électronique	

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

				commun de données entre cantons et assureurs en lien avec l'article 64a LAMal. Enfin, les listes génèrent également un travail administratif supplémentaire pour les fournisseurs de prestations et ceux-ci courent le risque de se retrouver avec des coûts non couverts.	
ECAS	64a	7 ^{bis}		Nous approuvons ce complément, selon lequel les futurs assurés en défaut de paiement devront être affiliés à un modèle d'assurance avec choix limité du fournisseur de prestations. Il faudrait de plus garantir que c'est un modèle avec prime réduite. Nous considérons également qu'il est judicieux que le Conseil fédéral puisse prévoir des exceptions et édicter d'autres dispositions, car il est impossible d'anticiper comment se comporteront les assurés affiliés contre leur volonté à un modèle du médecin de famille, HMO ou de télémédecine.	Nous proposons la précision suivante : « L'assureur affilié à une assurance avec choix limité du fournisseur de prestations et prime réduite les assurés qu'il a annoncés à l'autorité cantonale compétente conformément à l'al. 3.[...] »
ECAS	64a	7 ^{ter}		Nous soutenons ce complément. Les enfants doivent être autorisés à changer d'assureur dès leur majorité, même si leurs parents ont des dettes sur les primes ou la participation aux coûts pour la période précédant leur majorité.	
ECAS	64a	7 ^{quater}		Nous saluons grandement la création d'une base juridique pour l'échange électronique de données entre les cantons et les assureurs. Cela a fait ses preuves dans l'échange de données sur la réduction des primes selon l'art. 65 LAMal. L'introduction de l'échange de données selon l'art. 64a LAMal est actuellement rendue difficile, car il n'y a pas d'obligation de participation.	
ECAS	64a	8		Nous approuvons cette modification.	
ECAS	Dispositions transitoires	1		Nous demandons que le canton puisse prendre en charge et gérer lui-même une créance sans pourcentage supplémentaire. S'il est donné suite à cette demande, le paragraphe 1 peut être supprimé.	
ECAS	Dispositions transitoires	2		Nous considérons que cette disposition transitoire est judicieuse.	

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

Autres propositions			
Nom	Art.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
ECAS		Étant donné que la Confédération prévoit de nouvelles réglementations concernant l'article 64a et que la surveillance des assureurs incombe à l'OFSP, la question se pose de savoir si la Confédération devrait prendre en charge les coûts des actes de défaut de biens selon l'article 64a. Le principe de l'équivalence fiscale serait ainsi mieux pris en compte.	
ECAS	64a Abs. 5	Nous demandons que les assureurs ne soient pas simplement tenus de conserver les actes de défaut de biens, mais également de les gérer, si ceux-ci ne sont pas cédés au canton.	Nous proposons le complément suivant : « L'assureur conserve et gère les actes de défaut de biens et les titres équivalents jusqu'au paiement intégral des créances arriérées. Le Conseil fédéral règle les détails. [...] »



Le Conseil d'Etat

4705-2020

Commission de la sécurité sociale et de
la santé publique du Conseil des Etats
(CSSS-E)
Monsieur Paul Rechsteiner
Président
3003 Berne

**Concerne : 16.312 Iv. ct. TG. Exécution de l'obligation de payer les primes.
Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie –
Ouverture d'une procédure de consultation**

Monsieur le Président,

Nous avons pris connaissance avec intérêt de l'avant-projet de modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) élaboré par la commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats, et du rapport explicatif l'accompagnant.

D'une manière générale, notre Conseil est favorable à la révision projetée. Nous saluons en particulier la proposition qui prévoit que les assurés mineurs ne sont plus eux-mêmes débiteurs des primes ou des participations aux coûts les concernant et que le paiement de ces postes relève de la responsabilité exclusive des parents. De ce fait, les jeunes adultes ne pourront plus être mis en poursuite pour des arriérés non-payés alors qu'ils étaient mineurs. Ainsi, ils ne se trouveront plus accablés par des dettes d'assurance résultant de la défaillance de leurs parents. Notre canton, qui dénonce cette problématique depuis de nombreuses années, avait d'ailleurs trouvé des aménagements avec la plupart des assureurs afin qu'ils ne mettent plus les jeunes en poursuite pour des dettes nées alors qu'ils étaient mineurs. Nous sommes dès lors particulièrement satisfaits que la loi fédérale soit modifiée sur ce point, cette modification permettant d'améliorer la situation des jeunes assurés concernés sur l'ensemble du territoire de la Confédération.

La limitation du nombre des poursuites que les assureurs peuvent engager durant une année contre le même assuré permettra de réduire les coûts et nous y sommes favorables. Nous sommes toutefois de l'avis qu'il serait judicieux de limiter ce nombre à deux poursuites annuelles, au lieu des quatre proposées par la commission.

En revanche, notre Conseil est fermement opposé au système de la liste des mauvais payeurs tenue par les cantons, qui a pour conséquence que les personnes qui y figurent sont suspendues dans leurs droits aux prestations des soins de base, hormis les prestations d'urgence. Un tel système comporte le risque évident de compromettre l'accès aux soins de base pour les personnes défavorisées sur le plan social et économique, y compris pour leurs enfants, et crée des inégalités flagrantes entre les assurés domiciliés dans les cantons qui tiennent une telle liste et ceux domiciliés dans les cantons qui n'en tiennent pas. Nous soutenons dès lors la proposition de la majorité de la commission et demandons que ce système de liste des mauvais payeurs soit abandonné.

Enfin, nous sommes satisfaits du fait que le droit fédéral réserve dorénavant aux cantons la possibilité de reprendre les actes de défaut de biens, moyennant prise en charge du 90% des créances, et de pouvoir procéder ainsi eux-mêmes au recouvrement de ces dernières auprès des assurés.

Vous trouverez en annexe le formulaire de réponse dûment rempli.

En vous remerciant de nous avoir consultés, nous vous adressons, Monsieur le Président, l'expression de notre haute considération.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière :



Michèle Righele

Le président :



Antonio Hodgers

Annexe mentionnée

Copie à : - aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch

Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation

Prise de position de

Nom / organisation : Conseil d'Etat de la République et canton de Genève

Abréviation de l'organisation : ---

Adresse : Rue Hôtel-de-Ville 2, 1204 Genève

Personne de référence : Michel Berclaz

Téléphone : 022 546 51 42

Courriel : michel.berclaz@etat.ge.ch

Date : 24.08.2020

Remarques importantes :

1. Veuillez ne pas changer le format du formulaire.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le 6 octobre 2020 aux adresses suivantes :
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Nous vous remercions de votre participation.

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

Sommaire

Remarques générales	2
Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)	2
Autres propositions	4

Remarques générales

Nom	Commentaires/remarques
	Le Conseil d'Etat de la République et canton de Genève est favorable à la révision projetée (cf. le courrier joint en annexe). Il salue en particulier la proposition qui prévoit que les assurés mineurs ne sont plus eux-mêmes débiteurs des primes ou des participations aux coûts les concernant et que le paiement de ces postes relève de la responsabilité exclusive des parents. La limitation du nombre des poursuites que les assureurs peuvent engager durant une année contre le même assuré permettra de réduire les coûts et il convient d'y être favorable. Toutefois, il serait judicieux de limiter ce nombre à deux poursuites annuelles, au lieu des quatre proposées par la commission. Le Conseil d'Etat est fermement opposé au système de la liste des mauvais payeurs tenue par les cantons, qui a pour conséquence que les personnes qui y figurent sont suspendues dans leurs droits aux prestations des soins de base, hormis les prestations d'urgence. Un tel système comporte le risque évident de compromettre l'accès aux soins de base pour les personnes défavorisées sur le plan social et économique, y compris pour leurs enfants, et crée des inégalités flagrantes entre les assurés domiciliés dans les cantons qui tiennent une telle liste et ceux qui n'en tiennent pas. Il se rallie dès lors à la proposition de la majorité de la commission et demande que ce système de liste des mauvais payeurs soit abandonné. Enfin, il est satisfait que le droit fédéral réservera dorénavant aux cantons la possibilité de reprendre les actes de défaut de biens, moyennant prise en charge du 90% des créances, et de procéder ainsi eux-mêmes au recouvrement des créances auprès des assurés.

Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)

Nom	Art.	Al.	Let.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
-----	------	-----	------	------------------------	---------------------------------------

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

	61a	1		Il convient de saluer que l'assuré mineur n'est plus débiteur de la prime.	
	64	al. 1bis		Idem. Nous saluons le fait que l'enfant mineur n'est plus débiteur de la participation aux coûts.	
	64a	al. 1 bis		Dans la première phrase, la mention "en principe" n'est pas compréhensible, elle est à supprimer.	
	64a	al. 2		Dans un souci de réduire davantage la charge administrative et les frais de poursuites, il conviendrait de limiter le nombre des poursuites à une ou deux par année, comme cela avait été proposé par la Ville de Zurich (cf. page 14 du rapport explicatif).	 Il peut poursuivre un assuré au maximum deux fois au cours d'une année civile pour ses propres primes et pour celles d'un enfant.
	64	al. 5		Nous saluons la possibilité qui sera dorénavant donnée aux cantons de pouvoir reprendre les actes de défaut de biens (adb) moyennant prise en charge du 90% des créances et de procéder eux-mêmes au recouvrement des créances auprès des assurés, en fonction de l'évaluation de leur situation financière. En cas de prise en charge de 90 % des créances faisant l'objet d'un adb, l'assuré sera autorisé à changer d'assureur et de choisir, le cas échéant, un assureur moins cher. Cela facilitera l'assainissement de la situation financière de l'assuré et permettra aussi au canton, en cas de non-paiement des primes, de faire des économies.	
	64	al. 7		Nous appuyons la proposition de la majorité de la commission et souhaitons la suppression pure et simple et de cet alinéa, et donc de la possibilité pour les cantons de tenir une liste des assurés mauvais payeurs qui sont suspendus dans leur droit aux prestations.	
	64	al. 7bis		Il semble raisonnable d'affilier les assurés qui font l'objet d'un acte de défaut de biens à un modèle d'assurance dont les	

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

				primes sont moins chères. Cela permet aussi de réduire les frais pour le canton dans le cas où l'assuré fait par la suite de nouveau l'objet d'un acte de défaut de biens.	
--	--	--	--	--	--

Autres propositions			
Nom	Art.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.		-----	

Regierungsrat
Rathaus
8750 Glarus

per E-Mail

- aufsicht-krankenversiche-
rung@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch

Glarus, 1. September 2020
Unsere Ref: 2020-1189

Vernehmlassung i. S. 16.312 Kt.lv.TG. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) gab uns in eingangs genannter Angelegenheit die Möglichkeit zur Stellungnahme. Dafür danken wir und lassen uns gerne wie folgt vernehmen:

Minderjährige schulden keine Prämien und Kostenbeteiligungen mehr

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) soll so geändert werden, dass die Eltern die alleinigen Schuldner der Prämien ihrer minderjährigen Kinder sind und bleiben. Junge Erwachsene können nicht mehr für Prämien belangt werden, die während ihrer Minderjährigkeit angefallen sind.

Der Regierungsrat des Kantons Glarus (Kanton Glarus) begrüsst die vorgeschlagene Änderung.

Betreibungen

Heute können die Krankenversicherer säumige Versicherte pro Jahr beliebig oft betreiben. Mit jeder Betreibung entstehen Betreibungskosten und administrativer Aufwand. Neu sollen die Krankenversicherer die säumigen Versicherten höchstens viermal pro Jahr betreiben dürfen.

Der Kanton Glarus unterstützt, dass die Anzahl möglicher Betreibungen pro Jahr eingeschränkt wird. Er erachtet aber vier Betreibungen pro Jahr als immer noch zu viel. Zudem ist der Kanton Glarus der Ansicht, dass weitere Massnahmen zu ergreifen sind, um die sehr hohen Betreibungs- und Zinskosten zu senken.

Kantone können Verlustscheine übernehmen und selber bewirtschaften

Heute müssen die Kantone die Verlustscheine der Versicherer aus unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen zu 85 Prozent finanzieren, die Verlustscheine verbleiben beim Versicherer. Neu sollen die Kantone die Möglichkeit erhalten, 5 Prozent mehr zu bezahlen und im

Gegenzug die Verlustscheine zu übernehmen und selber zu bewirtschaften. Die davon betroffenen versicherten Personen könnten in der Folge den Versicherer und die Versicherungsform wieder wechseln.

Der Kanton Glarus ist dezidiert der Ansicht, dass die Verlustscheine durch den Bund und nicht die Kantone zu übernehmen sind. Da der Bund für die Organisation der Krankenversicherung und die Aufsicht über die einzelnen Krankenversicherer zuständig ist, entspräche eine solche Regelung insbesondere dem verfassungsmässigen Prinzip der fiskalischen Äquivalenz (Art. 43a Abs. 3 BV) wesentlich besser als die heutige Regelung. Wir fordern die SGK-S entsprechend auf, die Verfassungsmässigkeit der vorgeschlagenen Regeln vertieft zu prüfen und im erläuternden Bericht darauf einzugehen.

Eventualiter ist der Kanton Glarus damit einverstanden, dass Artikel 64a KVG dahingehend geändert wird, dass eine Abtretung von Verlustscheinen an den Kanton möglich ist. Er erachtet den finanziellen Aufwand mit den 90 anstatt 85 Prozent jedoch als zu hoch und fordert eine Lösung, bei welcher die Kantone weiterhin 85 Prozent der Forderungen übernehmen und zusätzlich die Möglichkeit erhalten, die Verlustscheine als Gläubiger zu übernehmen, wenn sie dies möchten.

Der Kanton Glarus begrüsst, dass versicherte Personen, deren Verlustscheine an den Kanton (oder Bund) abgetreten worden sind, die Möglichkeit erhalten, den Versicherer und die Versicherungsform zu wechseln.

Säumige Prämienzahlende

Neu sollen säumige Prämienzahlende in einem günstigeren Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers versichert werden. Die Mehrheit der SGK-S will zudem die kantonalen Listen säumiger Prämienzahlender abschaffen.

Der Kanton Glarus begrüsst, dass säumige Prämienzahlende in einem günstigeren Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers versichert werden sollen und dass der Bundesrat bei Bedarf Ausnahmen vorsehen kann. Aus Sicht des Kantons Glarus müssten insbesondere Ausnahmen für Chronischkranke geprüft werden.

Der Kanton Glarus ist einverstanden, dass die kantonalen Listen säumiger Prämienzahlender abgeschafft und der Zugang aller zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung gewährleistet und weitere Auseinandersetzungen um die Definition von Notfallbehandlungen vermieden werden.

Elektronischer Datenaustausch

Neu sollen die Kantone und die Versicherer im KVG verpflichtet werden, ihre Daten in Zusammenhang mit Artikel 64a KVG nach einem einheitlichen Standard auszutauschen.

Die GDK und santésuisse haben per 1. Januar 2017 einen einheitlichen Datenaustausch zu Artikel 64a KVG geschaffen, der aber noch nicht von allen Kantonen und Krankenversicherern eingeführt worden ist. Der Kantons Glarus begrüsst, dass im KVG die bis anhin fehlende Verbindlichkeit zur Teilnahme geschaffen werden soll.

Für weitere Bemerkungen und unsere detaillierte Stellungnahme zu den vorgeschlagenen Ergänzungen und Änderungen verweisen wir auf das beiliegende Formular. Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Positionen.

Genehmigen Sie, sehr geehrter Herr Kommissionspräsident, sehr geehrte Damen und Herren, den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Freundliche Grüsse

Für den Regierungsrat



Dr. Andrea Bettiga
Landammann



Hansjörg Dürst
Ratsschreiber

Beilage:

- Antwortformular

E-Mail an (PDF- und Word-Version):

- aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch

versandt am: **02. Sep. 2020**

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Kanton Glarus

Abkürzung der Organisation : GL

Adresse : Rathaus, 8750 Glarus

Kontaktperson : Samuel Baumgartner

Telefon : 055 646 61 02

E-Mail : samuel.baumgartner@gl.ch

Datum : 1. September 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2
Weitere Vorschläge	6

Allgemeine Bemerkungen

Name	Bemerkung/Anregung
GL	Siehe separate Vernehmlassungsantwort. Wir weisen dabei insbesondere auf unsere Forderung betreffend Übernahme der Verlustscheine durch den Bund hin: «Der Kanton Glarus ist dezidiert der Ansicht, dass die Verlustscheine durch den Bund und nicht die Kantone zu übernehmen sind. Da der Bund für die Organisation der Krankenversicherung und die Aufsicht über die einzelnen Krankenversicherer zuständig ist, entspräche eine solche Regelung insbesondere dem verfassungsmässigen Prinzip der fiskalischen Äquivalenz (Art. 43a Abs. 3 BV) wesentlich besser als die heutige Regelung. Wir fordern die SGK-S entsprechend auf, die Verfassungsmässigkeit der vorgeschlagenen Regeln vertieft zu prüfen und im erläuternden Bericht darauf einzugehen.»

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GL	3	1bis		Wir begrüßen diese Änderung.	
GL	5	2		Wir begrüßen diese Änderung.	
GL	61a	1		Wir begrüßen, dass junge Erwachsene nicht mehr für Prämienausstände haften müssen, welche während ihrer Kindheit entstanden sind. Stattdessen bleibt die Inhaberin oder der Inhaber der elterlichen Sorge alleinige Schuldnerin respektive Schuldner der Prämien der Kinder bis 18 Jahren.	
GL	61a	2		Wir begrüßen diese Änderung.	
GL	64	1bis		Wir begrüßen diese Änderung.	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

GL	64a	1 ^{bis}	Wir unterstützen, dass die Bestimmungen zum Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen bei minderjährigen Versicherten grundsätzlich auf die Eltern anzuwenden sind. Allerdings scheint uns nicht klar zu sein, wie Absatz 1 ^{bis} in Verbindung mit Absatz 6 zu verstehen ist: Angenommen die Eltern bezahlen ihre eigenen Prämien und Kostenbeteiligungen, nicht aber diejenigen eines minderjährigen Kindes. Können dann die Eltern den Versicherer nicht wechseln oder können sie den Versicherer ihres minderjährigen Kindes nicht wechseln? Die erste Variante (die Eltern können den Versicherer nicht wechseln, wenn sie Ausstände bei den Prämien oder Kostenbeteiligungen für das Kind haben) muss vermieden werden, weil sie nur schwer umsetzbar wäre in Fällen, in denen Eltern und Kind nicht beim gleichen Versicherer versichert sind.	Mindestens im erläuternden Bericht ist zu präzisieren, dass Eltern den Versicherer des Kindes nicht wechseln dürfen, wenn sie ausstehende Prämien oder Kostenbeteiligungen für das Kind schulden.
GL	64a	2	Mit der Übernahme von 85 Prozent der Forderungen, die zu einem Verlustschein geführt haben, tragen die Kantone auch die Betreuungskosten mit. Es ist also im Interesse der Kantone, die Anzahl Betreibungen pro Jahr zu begrenzen. Wir begrüssen die Beschränkung, erachten aber vier Betreibungen pro Jahr als immer noch zu viel. Im erläuternden Bericht steht, «Wenn er aber nur ein- oder zweimal jährlich betreiben dürfte, könnte er seine ausstehenden Forderungen nur verzögert geltend machen. Zudem würde er dadurch hohe Forderungen stellen, die Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen kaum auf einmal bezahlen könnten.» Dem ist entgegen zu halten, dass die Forderungen nicht erst mit der Betreibung, sondern primär mit der Rechnungsstellung und dem Mahnverfahren geltend gemacht werden. Weiter muss auch die Betreibung von Kostenbeteiligungen in diese Begrenzung eingeschlossen sein.	
GL	64a	4	Wir sind mit der neuen Formulierung («vergütet dem Versicherer») und der Zusammenlegung der alten Absätze 4 und 5 zum neuen Absatz 4 einverstanden. Auch mit der neuen Formulierung im letzten Satz, welche offen lässt, dass auch Angehörige oder andere Personen die Schuld begleichen können, sind wir einverstanden.	
GL	64a	5	Grundsätzlich befürworten wir, dass Kantone die Möglichkeit erhalten, Verlustscheine zu übernehmen, die sie in der Folge selber bewirtschaften können. Weil aber schon die 85 Prozent, welche die Kantone übernehmen müssen, einen grossen Anteil darstellen und das Gläubigerrisiko der Versicherer stark minimiert, sind wir der Meinung, dass die Kantone die Möglichkeit erhalten sollten, die Verlustscheine ohne Zuschlag übernehmen zu können. Die Kantone müssen im Einzelfall (pro Betreibungsdossier) bestimmen können, ob ein Gläubigerwechsel stattfindet oder nicht.	Wir schlagen folgende Änderung vor: «Der Kanton kann den Versicherer auffordern, ihm einzelne oder alle Forderungen, die der Versicherer ihm nach Absatz 3 bekanntgegeben hat, abzutreten. Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung. [...]»

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

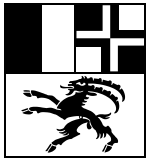
				Wir begrüssen, dass versicherte Personen, deren Forderungen an den Kanton abgetreten wurden, den Versicherer und die Versicherungsform wechseln können.	Eventualiter (bei Festhalten an der Auffassung, dass eine Abtretung nur möglich ist, wenn der Kanton mehr als 85 Prozent übernimmt): «Übernimmt der Kanton zusätzlich drei Prozent von einzelnen oder allen Forderungen, die der Versicherer ihm nach Absatz 3 bekanntgegeben hat, so tritt der Versicherer ihm diese Forderungen ab. [...]»
GL	64a	6		Wir begrüssen diese Präzisierung (Forderung kann auch durch Angehörige oder jemand anderes bezahlt werden).	
GL	64a	7		Wir unterstützen den Vorschlag der Mehrheit: Der bisherige Absatz 7, welcher den Kantonen erlaubt, eine Liste säumiger Prämienzahlender zu führen, wird aufgehoben. Die Listen haben eine Ungleichbehandlung der Versicherten herbeigeführt, indem in gewissen Kantonen der Zugang zu OKP-Leistungen eingeschränkt wurde. Eine Aufhebung dieser Ungleichbehandlung ist höher zu gewichten als allenfalls positive Erfahrungen einzelner Kantone mit der Einführung der Liste. Die Bilanz der Kantone, die eine Liste eingeführt hatten, ist denn auch unterschiedlich ausgefallen. Einige Kantone haben sie daher auch wieder abgeschafft. Der Verzicht auf die Listen lässt sich auch mit administrativen Argumenten begründen: Eine Studie sowie verschiedene Auswertungen und Erfahrungen von Kantonen zeigen, dass das Führen einer Liste für den Kanton kostenintensiv ist und ein Nutzen nicht belegt werden kann. Nicht nur für den Listenkanton entstehen durch die Liste zusätzliche Kosten, sondern auch für die Versicherer. Und auch im gemeinsamen elektronischen Datenaustausch zwischen Kantonen und Versicherern in Zusammenhang mit Art. 64a KVG werden viele Ressourcen in Fragen rund um die Listen gesteckt. Nicht zuletzt generieren die Listen auch den Leistungserbringern mehr administrativen Aufwand und diese laufen Gefahr, auf nicht gedeckten Kosten sitzen zu bleiben. Zum Vorschlag der Minderheit, an den Listen säumiger Prämienzahlender festzuhalten und zusätzlich den Begriff der Notfallbehandlung im KVG zu definieren, beziehen wir die folgende Position: Die vorgeschlagene Definition der Notfallbehandlung lehnen wir als praxisuntauglich ab. Die Umschreibung « [...] wenn die versicherte Person ohne sofortige Behandlung gesundheitli-	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				che Schäden oder den Tod befürchten muss» ist zu unbestimmt und bringt nicht mehr Rechtssicherheit als heute. Die allermeisten Konsultationen und Behandlungen erfolgen, weil die versicherte Person gesundheitliche Schäden befürchtet. Wollte man an den Listen säumiger Prämienzahlender festhalten, sollte im KVG definiert werden, dass die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt abschliessend entscheidet, ob eine Notfallbehandlung vorliegt. Die Versicherer sollten diese Beurteilung nicht noch einmal prüfen müssen.	
GL	64a	7 ^{bis}		Wir begrüssen diese Ergänzung, wonach künftig säumige Prämienzahlende in einem Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers zu versichern sind. Es sollte zudem sichergestellt werden, dass es ein Modell mit tieferer Prämie ist. Dass der Bundesrat Ausnahmen vorsehen und nähere Bestimmungen erlassen kann, erachten wir auch deshalb als sinnvoll, weil sichergestellt werden muss, dass Chronischkranke und Menschen mit einer Behinderung keine Nachteile erfahren.	Wir schlagen folgende Präzisierung vor: «Der Versicherer versichert die Personen, die er nach Absatz 3 der zuständigen kantonalen Behörde bekannt gegeben hat, in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers und reduzierter Prämie. [...]»
GL	64a	7 ^{ter}		Wir begrüssen diese Ergänzung. Kinder sollen ab Erreichen der Volljährigkeit den Versicherer wechseln dürfen, auch wenn ihre Eltern Prämien- oder Kostenbeteiligungsschulden für die Zeit vor ihrer Volljährigkeit haben.	
GL	64	7 ^{quater}		Wir begrüssen sehr, dass eine gesetzliche Grundlage für den elektronischen Datenaustausch zwischen den Kantonen und den Versicherern geschaffen werden soll. Im Datenaustausch zur Prämienverbilligung nach Artikel 65 KVG bewährt sich dies. GDK und santésuisse haben per 1.1.2017 einen einheitlichen Datenaustausch zu Artikel 64a KVG geschaffen, der aber noch nicht von allen Kantonen und Krankenversicherern eingeführt worden ist.	
GL	64a	8		Wir begrüssen diese Änderung, welche aufgrund des neuen Absatzes 7 ^{quater} vorgenommen werden kann.	
GL	Übergangsbestimmungen	1		Wir fordern, dass der Kanton eine Forderung ohne zusätzliche Prozente übernehmen und selber bewirtschaften kann. Falls dem entsprochen wird, kann auf Absatz 1 verzichtet werden.	
GL	Übergangsbestimmungen	2		Wir erachten diese Übergangsbestimmung als sinnvoll.	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
GL		Da der Bund nun neue Regelungen in Bezug auf Artikel 64a vorsieht und dem BAG die Aufsicht über die Versicherer obliegt, stellt sich die Frage, ob der Bund die Kosten für Verlustscheine nach Artikel 64a übernehmen sollte. Dem Prinzip der fiskalischen Äquivalenz würde damit besser Rechnung getragen.	
GL		Wir fordern, dass die Versicherer nicht bloss verpflichtet werden, Verlustscheine aufzubewahren, sondern auch, sie zu bewirtschaften.	Wir schlagen folgende Ergänzungen vor: «Der Versicherer bewahrt und bewirtschaftet die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf. Der Bundesrat regelt die Details. [...]»



Sitzung vom

22. September 2020

Mitgeteilt den

22. September 2020

Protokoll Nr.

783/2020

Per Mail zustellen an: aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Vernehmlassung zur Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten (16.312 Kt.Iv.TG)

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Ständerätinnen und Ständeräte

Mit Schreiben vom 15. Juni 2020 haben Sie uns den Vorentwurf für eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), welche die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit in Umsetzung der oben erwähnten Standesinitiative des Kantons Thurgau (16.312 Kt.Iv.TG) verabschiedet hat, zur Vernehmlassung unterbreitet.

Nach Durchsicht des Entwurfs sowie der Erläuterungen schliessen wir uns der Bewertung des Vorstands der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) an und verweisen somit auf deren Stellungnahme vom 21. August 2020.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zu Stellungnahme und für die Berücksichtigung unserer Anliegen.



Namens der Regierung

Der Präsident:

Dr. Chr. Rathgeb

Der Kanzleidirektor:

Daniel Spadin

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

Abkürzung der Organisation : GDK

Adresse : Speichergasse 6, 3001 Bern

Kontaktperson : Silvia Marti

Telefon : 031 356 20 27

E-Mail : silvia.marti@gdk-cds.ch

Datum : 21. August 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2
Weitere Vorschläge	7

Allgemeine Bemerkungen

Name	Bemerkung/Anregung

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GDK	3	1 ^{bis}		Wir begrüßen diese Änderung.	
GDK	5	2		Wir begrüßen diese Änderung.	
GDK	61a	1		Wir begrüßen, dass junge Erwachsene nicht mehr für Prämienausstände haften müssen, welche während ihrer Kindheit einstanden sind. Stattdessen bleibt die Inhaberin oder der Inhaber der elterlichen Sorge alleinige Schuldnerin respektive Schuldner der Prämien der Kinder bis 18 Jahren.	
GDK	61a	2		Wir begrüßen diese Änderung.	
GDK	64	1 ^{bis}		Wir begrüßen diese Änderung.	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

GDK	64a	1 ^{bis}		Wir unterstützen, dass die Bestimmungen zum Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen bei minderjährigen Versicherten grundsätzlich auf die Eltern anzuwenden sind. Allerdings scheint uns nicht klar zu sein, wie Absatz 1^{bis} in Verbindung mit Absatz 6 zu verstehen ist: Angenommen die Eltern bezahlen ihre eigenen Prämien und Kostenbeteiligungen, nicht aber diejenigen eines minderjährigen Kindes. Können dann die Eltern den Versicherer nicht wechseln oder können sie den Versicherer ihres minderjährigen Kindes nicht wechseln? Die erste Variante (die Eltern können den Versicherer nicht wechseln, wenn sie Ausstände bei den Prämien oder Kostenbeteiligungen für das Kind haben) muss vermieden werden, weil sie nur schwer umsetzbar wäre in Fällen, in denen Eltern und Kind nicht beim gleichen Versicherer versichert sind.	Mindestens im erläuternden Bericht ist zu präzisieren, dass Eltern den Versicherer des Kindes nicht wechseln dürfen, wenn sie ausstehende Prämien oder Kostenbeteiligungen für das Kind schulden.
GDK	64a	2		Mit der Übernahme von 85 Prozent der Forderungen, die zu einem Verlustschein geführt haben, tragen die Kantone auch die Betreibungskosten mit. Es ist also im Interesse der Kantone, die Anzahl Betreibungen pro Jahr zu begrenzen. Wir begrüssen die Beschränkung, erachten aber vier Betreibungen pro Jahr als immer noch zu viel. Im erläuternden Bericht steht, «Wenn er aber nur ein- oder zweimal jährlich betreiben dürfte, könnte er seine ausstehenden Forderungen nur verzögert geltend machen. Zudem würde er dadurch hohe Forderungen stellen, die Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen kaum auf einmal bezahlen könnten. » Dem ist entgegen zu halten, dass die Forderungen nicht erst mit der Betreibung, sondern primär mit der Rechnungsstellung und dem Mahnverfahren geltend gemacht werden. Weiter muss auch die Betreibung von Kostenbeteiligungen in diese Begrenzung eingeschlossen sein.	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

GDK	64a	4		Wir sind mit der neuen Formulierung («vergütet dem Versicherer») und der Zusammenlegung der alten Absätze 4 und 5 zum neuen Absatz 4 einverstanden. Auch mit der neuen Formulierung im letzten Satz, welche offen lässt, dass auch Angehörige oder andere Personen die Schuld begleichen können, sind wir einverstanden.	
GDK	64a	5		Grundsätzlich befürworten wir, dass Kantone die Möglichkeit erhalten, Verlustscheine zu übernehmen, die sie in der Folge selber bewirtschaften können. Weil aber schon die 85 Prozent, welche die Kantone übernehmen müssen, einen grossen Anteil darstellen und das Gläubigerrisiko der Versicherer stark minimiert, sind wir der Meinung, dass die Kantone die Möglichkeit erhalten sollten, die Verlustscheine ohne Zuschlag übernehmen zu können. Die Kantone müssen im Einzelfall (pro Betreuungsdossier) bestimmen können, ob ein Gläubigerwechsel stattfindet oder nicht. Wir begrüssen, dass versicherte Personen, deren Forderungen an den Kanton abgetreten wurden, den Versicherer und die Versicherungsform wechseln können.	Wir schlagen folgende Änderung vor: «Der Kanton kann den Versicherer auffordern, ihm einzelne oder alle Forderungen, die der Versicherer ihm nach Absatz 3 bekanntgegeben hat, abzutreten. Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung. [...]» Eventualiter (bei Festhalten an der Auffassung, dass eine Abtretung nur möglich ist, wenn der Kanton mehr als 85 Prozent übernimmt): «Übernimmt der Kanton zusätzlich drei Prozent von einzelnen oder allen Forderungen, die der Versicherer ihm nach Absatz 3 bekanntgegeben hat, so tritt der Versicherer ihm diese Forderungen ab. [...]»
GDK	64a	6		Wir begrüssen diese Präzisierung (Forderung kann auch durch Angehörige oder jemand anderes bezahlt werden).	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

GDK	64a	7	Die GDK unterstützt den Vorschlag der Mehrheit: Der bisherige Absatz 7, welcher den Kantonen erlaubt, eine Liste säumiger Prämienzahlender zu führen, wird aufgehoben. Die GDK hatte bei der Einführung des neuen Art. 64a KVG die Aufhebung der Leistungssistierung, die damit erzielt werden sollte, begrüsst. Die Listen haben eine Ungleichbehandlung der Versicherten herbeigeführt, indem in gewissen Kantonen der Zugang zu OKP-Leistungen eingeschränkt wurde. Eine Aufhebung dieser Ungleichbehandlung ist höher zu gewichten als allenfalls positive Erfahrungen einzelner Kantone mit der Einführung der Liste. Die Bilanz der Kantone, die eine Liste eingeführt hatten, ist denn auch unterschiedlich ausgefallen. Einige Kantone haben sie daher auch wieder abgeschafft. Der Verzicht auf die Listen lässt sich auch mit administrativen Argumenten begründen: Eine Studie sowie verschiedene Auswertungen und Erfahrungen von Kantonen zeigen, dass das Führen einer Liste für den Kanton kostenintensiv ist und ein Nutzen nicht belegt werden kann. Nicht nur für den Listenkanton entstehen durch die Liste zusätzliche Kosten, sondern auch für die Versicherer. Und auch im gemeinsamen elektronischen Datenaustausch zwischen Kantonen und Versicherern in Zusammenhang mit Art. 64a KVG werden viele Ressourcen in Fragen rund um die Listen gesteckt. Nicht zuletzt generieren die Listen auch den Leistungserbringern mehr administrativen Aufwand und diese laufen Gefahr, auf nicht gedeckten Kosten sitzen zu bleiben. Zum Vorschlag der Minderheit, an den Listen säumiger Prämienzahlender festzuhalten und zusätzlich den Begriff der Notfallbehandlung im KVG zu definieren, bezieht die GDK die folgende Position: Die vorgeschlagene Definition der Notfallbehandlung lehnen wir als praxisuntauglich ab. Die	
-----	-----	---	---	--

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				Umschreibung « [...] wenn die versicherte Person ohne sofortige Behandlung gesundheitliche Schäden oder den Tod befürchten muss» ist zu unbestimmt und bringt nicht mehr Rechtssicherheit als heute. Die allermeisten Konsultationen und Behandlungen erfolgen, weil die versicherte Person gesundheitliche Schäden befürchtet. Wollte man an den Listen säumiger Prämienzahlender festhalten, sollte im KVG definiert werden, dass die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt abschliessend entscheidet, ob eine Notfallbehandlung vorliegt. Die Versicherer sollten diese Beurteilung nicht noch einmal prüfen müssen.	
GDK	64a	7 ^{bis}		Die GDK begrüsst diese Ergänzung, wonach künftig säumige Prämienzahlende in einem Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers zu versichern sind. Es sollte zudem sichergestellt werden, dass es ein Modell mit tieferer Prämie ist. Dass der Bundesrat Ausnahmen vorsehen und nähere Bestimmungen erlassen kann, erachten wir auch deshalb als sinnvoll, weil sichergestellt werden muss, dass Chronischkranke und Menschen mit einer Behinderung keine Nachteile erfahren.	Wir schlagen folgende Präzisierung vor: «Der Versicherer versichert die Personen, die er nach Absatz 3 der zuständigen kantonalen Behörde bekannt gegeben hat, in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers und reduzierter Prämie. [...]»
GDK	64a	7 ^{ter}		Wir begrüssen diese Ergänzung. Kinder sollen ab Erreichen der Volljährigkeit den Versicherer wechseln dürfen, auch wenn ihre Eltern Prämien- oder Kostenbeteiligungsschulden für die Zeit vor ihrer Volljährigkeit haben.	
GDK	64a	7 ^{quater}		Die GDK begrüsst sehr, dass eine gesetzliche Grundlage für den elektronischen Datenaustausch zwischen den Kantonen und den Versicherern geschaffen werden soll. Im Datenaustausch zur Prämienverbilligung nach Art. 65 KVG bewährt sich dies. GDK und santésuisse haben per 1.1.2017 einen einheitlichen Datenaustausch zu Art. 64a KVG	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				geschaffen, der aber noch nicht von allen Kantonen und Krankenversicherern eingeführt worden ist.	
GDK	64a	8		Wir begrüßen diese Änderung, welche aufgrund des neuen Absatzes 7 ^{quater} vorgenommen werden kann.	
GDK	Über- gangs- bestim- mungen	1		Wir fordern, dass der Kanton eine Forderung ohne zusätzliche Prozenteübernehmen und selber bewirtschaften kann. Falls dem entsprochen wird, kann auf Absatz 1 verzichtet werden.	
GDK	Über- gangs- bestim- mungen	2		Wir erachten diese Übergangsbestimmung als sinnvoll.	

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
GDK		Da der Bund nun neue Regelungen in Bezug auf Artikel 64a vorsieht und dem BAG die Aufsicht über die Versicherer obliegt, stellt sich die Frage, ob der Bund die Kosten für Verlustscheine nach Artikel 64a übernehmen sollte. Dem Prinzip der fiskalischen Äquivalenz würde damit besser Rechnung getragen.	
GDK	64a Abs. 5	Die GDK fordert, dass die Versicherer nicht bloss verpflichtet werden, Verlustscheine aufzubewahren, sondern auch, sie zu bewirtschaften.	Wir schlagen folgende Ergänzungen vor «Der Versicherer bewahrt und bewirtschaftet die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf. Der Bundesrat regelt die Details. [...]»

Hôtel du Gouvernement – 2, rue de l'Hôpital, 2800 Delémont

Hôtel du Gouvernement
2, rue de l'Hôpital
CH-2800 Delémont

t +41 32 420 51 11
f +41 32 420 72 01
chancellerie@jura.ch

Conseil des États
Commission de la sécurité sociale
et de la santé publique
3003 Berne
Envoyé par courriel à:
gever@bag.admin.ch
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch

Delémont, le 22 septembre 2020

16.312 Iv. ct. TG. Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie – Ouverture de la procédure de consultation

Madame, Monsieur,

Le Gouvernement jurassien remercie le Conseil des États de l'avoir invité à participer à cette procédure de consultation et vous transmet ci-joint, dans le format désiré, sa prise de position sur les modifications envisagées.

En vous souhaitant bonne réception de la présente, le Gouvernement de la République et Canton du Jura vous présente, Madame, Monsieur, ses respectueuses salutations.

AU NOM DU GOUVERNEMENT DE LA
RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA


Martial Courtet
Président




Gladys Winkler Docourt
Chancelière d'État

Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation

Prise de position de

Nom / organisation : Gouvernement de la République et Canton du Jura

Abréviation de l'organisation :

Adresse : Hôtel du Gouvernement, 2, rue de l'Hôpital, 2800 Delémont

Personne de référence :

Téléphone : +41 32 420 51 11

Courriel : chancellerie@jura.ch

Date :

Remarques importantes :

1. Veuillez ne pas changer le format du formulaire.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le 6 octobre 2020 aux adresses suivantes :
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Nous vous remercions de votre participation.

Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation

Sommaire

Remarques générales	2
Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)	2
Autres propositions	6

Remarques générales

Nom	Commentaires/remarques
Contexte	La problématique des primes d'assurance-maladie impayées et la charge qu'elles font peser sur les finances cantonales préoccupent de longue date le Canton du Jura. L'importance croissante de la part des primes dans les budgets des assurés va de pair avec l'augmentation des primes impayées. La législation actuelle en la matière n'est pas satisfaisante et il faut trouver une meilleure solution. Un équilibre doit être recherché pour permettre à la fois d'inciter les mauvais payeurs à régulariser leur situation et de soutenir les assurés en difficulté financière, tout en continuant d'assurer un accès aux soins suffisant.
Relation avec l'initiative cantonale 17.320	L'initiative cantonale 17.320 déposée le 14 novembre 2017 par le Canton du Jura visait des buts partiellement identiques à ceux affichés par le projet mis en consultation. Les commissions compétentes du Conseil des Etats et du Conseil National ont proposé de ne pas donner suite à l'initiative jurassienne les 17 janvier et 20 février 2020. Toutefois, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats annonçait qu'elle examinerait la question dans le cadre du présent projet. Le Gouvernement jurassien s'étonne de ne pas en trouver mention dans le rapport. L'initiative cantonale jurassienne a été soumise à la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) qui a soutenu l'initiative dans son principe, moyennant certains tempéraments (Décision du 22 novembre 2018 du Comité directeur de la CDS). Le Gouvernement jurassien continue à soutenir l'initiative qu'il a déposée et certaines des remarques et propositions ci-dessous visent à l'intégrer dans la présente procédure législative.

Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)

Nom	Art.	Al.	Let.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
Parents débiteurs des	3 5	1 et 1 ^{bis} 2		Le Gouvernement jurassien approuve cette modification qui mettra fin à la situation injuste causée par le droit actuel. Il n'est pas tolérable que des enfants devenus majeurs doivent	

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

primes de l'enfant	61a	1 et 2		assumer les dettes de leurs parents qui, en les contractant, ont manqué à leurs obligations d'entretien.	
Participation aux coûts pour l'enfant	64a	1 ^{bis}		Le Gouvernement jurassien approuve cette disposition. Il souhaite toutefois qu'elle soit précisée afin d'éviter d'éventuelles interprétations divergentes en lien avec l'alinéa 6 de l'art. 64a. Il faut éviter qu'une interprétation extensive de cette disposition mène à empêcher la résiliation de l'assurance d'un parent qui paye ses propres primes, mais pas celles de son enfant mineur. Cette situation, difficilement praticable si le parent et l'enfant sont assurés auprès de deux caisses maladie différentes, créerait une inégalité de traitement face aux parents assurés auprès d'une caisse identique à celle de son enfant.	Préciser les incidences sur les possibilités de changement d'assureur au niveau du rapport explicatif.
Limitation des poursuites	64a	2		Il convient, comme le veut le projet mis en consultation, de veiller à ce que les frais induits par les poursuites engagées par les assureurs n'excèdent pas ce qui est nécessaire, dans la mesure où ces frais incomberont au final aux cantons en cas d'acte de défaut de biens. En ce sens, le projet est approuvé sur ce point. Cela dit, le Gouvernement jurassien voit mal en quoi une limitation des poursuites plus stricte (de l'ordre de 1 à 2 par année) impliquerait en soi l'impossibilité pour les assurés de condition économique modeste d'acquitter leurs dettes. Cette appréciation qui figure dans le rapport explicatif fait abstraction du fait que les poursuites n'interviennent qu'après un décompte de prime et un processus de rappels et de sommation. En outre, la limitation des poursuites ne doit pas être réservée aux seules primes impayées, mais doit également inclure les participations aux coûts. Il peut être proposé de remplacer la référence aux primes par la terminologie générique de « créances ».	... Il peut poursuivre un assuré au maximum deux fois au cours d'une année civile pour ses propres créances et celles d'un enfant (...)

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

Cession des créances au canton	64a	5	Avec la réglementation actuellement en vigueur, les cantons prennent en charge 85% des créances de primes et de participation aux coûts irrécouvrables, dont pourra être déduite la moitié des montants récupérés par la gestion des actes de défaut de biens assurée par les assureurs. Ces montants rétrocédés aux cantons sont faibles. Le rapport explicatif (p. 8) les estime à 2% des charges des cantons. Cela équivaut à 2% du 85%, représentant seulement 1,7% du montant des impayés. La modification légale proposée permettrait aux cantons de se voir céder les actes de défaut de biens pour autant qu'ils prennent en charge le 90% du montant dû. Dans ces conditions, les caisses maladies se voient assurées d'obtenir le paiement de leurs créances dans une mesure supérieure à ce qu'elles peuvent espérer actuellement, montants issus de la gestion des ADB inclus. Les charges des cantons augmenteront d'autant, alors qu'ils devront en plus assumer les coûts de la gestion des cas. Ainsi, le seul intérêt que peut avoir un canton à racheter les actes de défaut de biens à 90% du montant qui y est constaté, est de voir ses charges futures allégées par le fait que les assurés concernés auront pu quitter leur assureur maladie au profit d'un autre, qui pratiquerait des primes meilleur marché. Aux yeux du Gouvernement jurassien, il est illusoire de penser que les économies réalisées puissent équivaloir au montant supplémentaire payé aux assureurs. On ignore quel pourcentage des assurés touchés régularisera sa situation en payant ses nouvelles primes, mais il sera vraisemblablement très bas. Les économies cantonales seront donc purement marginales. Les assureurs sont les grands gagnants de la modification proposée, qui n'a d'intérêt que pour eux. L'exemple de Bâle-Campagne, qui a expérimenté sans	A la demande du canton, l'assureur lui cède tout ou partie des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3. Le canton informe l'assuré de la cession.
--------------------------------	-----	---	--	--

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

				succès un modèle de ce type, tend à le démontrer. Il doit donc être renoncé à cette nouvelle disposition manifestement déséquilibrée. Au contraire, il faut permettre aux cantons, qui assument déjà l'essentiel de la dette, de se voir céder les créances afin de pouvoir gérer les actes de défaut de biens y relatifs.	
Païement de la créance par un tiers	64a	6		Le Gouvernement jurassien approuve cette modification. Dans la mesure où la créance d'un assuré est acquittée, il est injuste de lui interdire de changer d'assureur au prétexte qu'il n'a pas lui-même éteint sa dette.	
Interdiction des listes noires	64a	7		Le Gouvernement jurassien soutien l'abrogation de la possibilité de tenir des listes noires d'assurés dont la prise en charge des soins peut être suspendue. Cette mesure n'a pas permis de démontrer clairement une diminution des primes impayées mais a, par contre, une incidence délétère concrète sur l'accès aux soins médicaux. Les objectifs recherchés ne peuvent ainsi pas être atteints par cette voie. La proposition de la minorité, qui veut permettre le maintien des listes noires doit être rejetée.	Abrogation de l'al. 7, conformément à la proposition de la majorité
Obligation d'affilier à un modèle d'assurance particulier	64a	7 ^{bis}		Cette modification va dans le sens voulu par l'initiative cantonale jurassienne 17.320 et rencontre dans cette mesure l'approbation du Gouvernement jurassien. Cela dit, la réglementation proposée ne va pas suffisamment loin, faute de permettre le changement d'assureur. L'interdiction de changer de caisse maladie en cas de créance envers l'assureur ne doit pas faire obstacle aux possibilités pour les cantons de limiter leurs charges liées aux primes impayées, dont ils doivent assumer la plus grande partie. La solution proposée par le projet en consultation ne permet que des économies toutes relatives, seule la forme d'assurance	En cas de prise en charge des créances au sens de l'al. 4 par le canton, ce dernier peut affilier d'office l'assuré à un des assureurs pratiquant une prime inférieure à la moyenne cantonale, dans un modèle d'assurance avec choix limité du fournisseur de prestations. Une nouvelle affiliation d'office ne peut intervenir qu'après l'expiration d'un délai de trois ans.

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

				pouvant être modifiée. Le Gouvernement jurassien souhaite l'introduction d'une disposition permettant la mise en œuvre de l'initiative 17.320 modifiée selon les propositions de la CDS. Il est ainsi proposé qu'en cas d'acte de défaut de biens pris à charge par le canton à raison de 85%, l'assuré peut être affilié d'office à une caisse maladie pratiquant des primes inférieures à la moyenne, une nouvelle affiliation d'office ne pouvant intervenir qu'à l'expiration d'un délai de l'ordre de trois à cinq ans pour éviter des frais administratifs exagérés.	
	Disp. trans.	1		Les dispositions transitoires doivent être modifiées en fonction de la proposition que le Gouvernement jurassien formule au sujet de l'art. 64a al. 5.	L'art. 64a, al. 5, s'applique aux créances prises en charge en application de l'art. 64a, al. 4, à la demande du canton, dès son entrée en vigueur.

Autres propositions

Nom	Art.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
Répartition des coûts des primes et participations impayées	64a al. 4	Dans la mesure où la surveillance des assureurs incombe à l'OFSP, une prise en charge d'une partie des primes et participations aux coûts impayées par la Confédération paraît appropriée.	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Regierungsrat des Kantons Luzern

Abkürzung der Organisation : RR-LU

Adresse : Bahnhofstrasse 15, 6005 Luzern

Kontaktperson : Dr.iur. Rolf Frick, Leiter Rechtsdienst Gesundheits- und Sozialdepartement,
Bahnhofstrasse 15, 6002 Luzern

Telefon : 041/228 60 87

E-Mail : rolf.frick@lu.ch

Datum : 22. September 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2
Weitere Vorschläge	6

Allgemeine Bemerkungen

Name	Bemerkung/Anregung
	Gemäss den Ausführungen in Kapitel 5.1 des erläuternden Berichts der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates kann der Vorentwurf auf die Kantone finanziell entlastend wirken. Dies begrüssen wir grundsätzlich, weisen aber bereits einleitend darauf hin, dass durch die weitergehende Senkung der Anzahl der erlaubten Betreibungen der Versicherer und der Verzicht auf einen Zuschlag bei einer Übernahme der ausstehenden Forderungen durch die Kantone weiteres Sparpotential vorhanden ist, das unbedingt genutzt werden muss.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	3	1 und 1 ^{bis}		Wir begrüssen diese Änderung ausdrücklich.	
	5	2	letzter Satz	Wir begrüssen diese Änderung ausdrücklich.	
	61a	1 und 2		Wir begrüssen diese Änderung ausdrücklich.	
	64	1 ^{bis}		Wir begrüssen diese Änderung ausdrücklich.	
	64a	Überschrift		In der Überschrift wurde vergessen, den Absatz 6 zu erwähnen.	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

	64a	1 ^{bis}		Abs. 1 ^{bis} hat einen Zusammenhang mit Absatz 6. Falls die Eltern ihre eigenen Prämien bezahlen, aber diejenigen für das Kind nicht, stellt sich die Frage, ob die Eltern den Versicherer auch nicht wechseln dürfen oder ob das Wechselverbot nur für die Versicherung des minderjährigen Kindes gilt. Dass die Eltern den Versicherer nicht wechseln dürfen, wenn lediglich Ausstände bei den Prämien und Kostenbeteiligungen der Kinder bestehen, ist zu vermeiden. Diese Variante wäre ungerecht, insbesondere in denjenigen Fällen, in denen Eltern und die minderjährigen Kinder nicht beim gleichen Versicherer versichert sind.	
	64a	2		Die Kantone tragen mit der Übernahme von 85 Prozent der Forderungen, die zu einem Verlustschein geführt haben, auch die Betreuungskosten mit. Damit ist eine Begrenzung der Anzahl Betreibungen zu begrüssen. Allerdings fragen wir uns, ob die Anzahl der Betreibungen nicht weiter gesenkt werden könnte. Die in den Erläuterungen geäusserte Ansicht, dass mit einer weiteren Senkung der Anzahl Betreibungen entsprechend hohe Anforderungen entstehen können, die die Versicherten nicht begleichen können, ist zu hinterfragen. Zum einen entsteht die Forderung nicht mit der Betreibung und grundsätzlich sind auch Teilzahlungen möglich. Weiter fällt auf, dass sich die Betreuungsbegrenzung nur auf die Prämien, nicht aber auch auf die Kostenbeteiligungen bezieht. Unseres Erachtens müssen auch sie in der Betreuungsbegrenzung eingeschlossen sein.	« ² ... Eine Person darf in einem Kalenderjahr ... für eigene Prämien <u>und Kostenbeteiligungen</u> und für Prämien <u>und Kostenbeteiligungen</u> eines Kindes betrieben werden ...»
	64a	4		Absatz 4 statuiert nur eine Aufbewahrungspflicht der	« ⁴ ... Der Versicherer bewahrt die

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				Versicherer. Unseres Erachtens sind sie aber auch gesetzlich zu verpflichten, die Verlustscheine zu bewirtschaften.	Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel auf <u>und bewirtschaftet diese</u> bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen. <u>Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.</u> ...»
	64a	5		Die Vergütung gemäss Absatz 4 von 85 Prozent ist unseres Erachtens ein erheblicher Wert, der das Gläubigerrisiko der Versicherer enorm reduziert. Deshalb ist es unseres Erachtens gerechtfertigt, eine Abtretung der Forderungen ohne Zuschlag vorzusehen.	
	64a	7		Wir sind der Ansicht, dass die Kantone nach wie vor entscheiden sollen, ob sie eine Liste säumiger Prämienzahlerinnen und –zahler (nachfolgend Liste) führen wollen oder nicht. Dabei sollen aber folgende Bedingungen gelten: – Es muss sichergestellt werden, dass nur zahlungsunwillige und nicht auch zahlungsunfähige Versicherte in die Liste aufgenommen werden. Eine blossе Betreibung darf nicht zu einem Listeneintrag führen. Dafür muss ein Fortsetzungsbegehren des Versicherers vorliegen. – Personen, die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV oder wirtschaftliche Sozialhilfe beziehen sollen nicht auf der Liste aufgeführt werden. – Versicherte dürfen bis zum vollendeten 18. Altersjahr nicht auf die Liste gesetzt werden. – Personen, die von der wirtschaftlichen Sozialhilfe abgelöst wurden, sollen erst auf die Liste gesetzt	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				werden, wenn nach der Ablösung ein Forsetzungsbegehren gestellt wurde. – Wird ein Verlustschein ausgestellt, soll die betreffende Person von der Liste gestrichen werden. – Der Begriff des Notfalls ist schweizweit zu definieren. Dabei ist gemäss der Rechtsprechung von einem weiten Notfallbegriff auszugehen. Im Übrigen weisen wir darauf hin, dass im Kanton Luzern das Führen der Liste wegen des elektronischen Datenaustausches mit geringem Aufwand verbunden ist. Die Kosten können deshalb kein stichhaltiges Argument für die Abschaffung der Liste sein.	
	64a	7 ^{bis}		Wir begrüssen den Vorschlag schlagen aber eine Präzisierung vor.	«7 ^{bis} Der Versicherer versichert ... eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers <u>und tieferer Prämie</u>»
	64a	7 ^{ter}		Wir begrüssen diese Änderung ausdrücklich.	
	64a	7 ^{quater}		Wir begrüssen diese Änderung ausdrücklich. Der Datenaustausch bei der Prämienverbilligung gemäss Artikel 65 Absatz 2 KVG hat sich bewährt.	
	64a	8		Wir begrüssen diese Änderung ausdrücklich.	
	Übergangsbestimmung	1		Da wir die Ansicht vertreten, die Kantone sollten die ausstehenden Forderungen ohne Zuschlag übernehmen und bewirtschaften können, beantragen wir die Streichung von Absatz 1.	
	Übergangsbestimmung	2		Keine Bemerkungen.	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag



LE CONSEIL D'ÉTAT

DE LA RÉPUBLIQUE ET
CANTON DE NEUCHÂTEL

Envoi par courriel

aufsicht-krankenversicherer@bag.admin.ch

gever@bag.admin.ch

Département fédéral de l'intérieur (DFI)
Inselgasse 1
3003 Berne

Exécution de l'obligation de payer les primes. Avant-projet de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-E). Modification de l'article 64a LAMal de loi fédérale sur l'assurance-maladie – Ouverture de la procédure de consultation

Monsieur le conseiller fédéral,

Votre correspondance du 15 juin 2020 relative à la procédure de consultation susmentionnée nous est bien parvenue et a retenu notre meilleure attention.

En préambule, et de manière générale, la République et Canton de Neuchâtel est favorable à la plupart des modifications figurant dans l'avant-projet élaboré par la CSSS-E. À relever que ces dernières rejoignent d'ailleurs celles formulées par la Conférence des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (CDS).

Vous trouverez ci-dessous notre position sur les modifications principales de l'avant-projet.

Débiteur de primes et de participations aux coûts pour les enfants. Le canton est favorable à la modification de l'article 64a LAMal désignant les parents comme débiteurs uniques des primes et des participations aux coûts de leur (s) enfant (s) mineur (s).

Poursuites pour des primes et des participations impayées. Le canton est favorable à la modification de l'article 64a LAMal qui prévoit au maximum 4 poursuites par année contre la personne assurée.

Les cantons peuvent reprendre les actes de défauts de biens et les gérer par eux-mêmes. Le canton soutient la modification de l'article 64a LAMal rendant possible une cession des actes de défauts de biens aux cantons. Néanmoins, il estime que le taux de rachat de 90% est trop élevé.

Liste noire des assurés en défaut de paiement. Le canton est d'accord avec l'abolition des listes noires. Il est également en accord avec le fait que les assurés en défaut de paiement doivent être affiliés à un modèle d'assurance meilleur marché avec un choix limité de

fournisseurs de prestations. Des exceptions doivent être prévues pour des assurés souffrant de maladies chroniques sévères.

Échange électronique des données entre les cantons et les assureurs. Le canton soutient l'obligation d'un échange uniforme des données concernant l'art.64a LAMal.

En vous remerciant de nous avoir donné la possibilité de prendre position, nous vous prions de croire, Monsieur le conseiller fédéral, à l'assurance de notre haute considération.

Neuchâtel, le 16 septembre 2020

Au nom du Conseil d'État :

La présidente,
M. MAIRE-HEFTI

La chancelière,
S. DESPLAND



M. Maire-Hefti

S. Despland

Prise de position de

Nom / organisation : Office cantonal de l'assurance-maladie / Canton de Neuchâtel

Abréviation de l'organisation : OCAM

Adresse : Espace de l'Europe 2 à 2000 Neuchâtel

Personne de référence : Manuel Barbaz

Téléphone : 032.889.85.65

Courriel : manuel.barbaz@ne.ch

Date : 16 septembre 2020

Remarques importantes :

1. Veuillez ne pas changer le format du formulaire.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le 6 octobre 2020 aux adresses suivantes :
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Nous vous remercions de votre participation.

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

Sommaire

Remarques générales	2
Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)	2
Autres propositions	3

Remarques générales

Nom	Commentaires/remarques
Erreur ! Source du renvoi introuvable.OCAM	D'une manière générale, le canton de Neuchâtel approuve les modifications prévues de l'art. 64a LAMal dans l'avant-projet de la CSSS-E sous réserve des remarques ci-après.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	

Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)

Nom	Art.	Al.	Let.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.OCAM	64	2		Il apparaît important de mentionner également les participations aux coûts.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.OCAM	64	5		Le canton soutient la proposition qui offre la possibilité aux cantons de reprendre les actes de défauts de biens. Toutefois, le taux de rachat mentionné de 90% apparaît comme trop élevé. Les cantons devraient pouvoir disposer des actes de défaut de biens sans supplément.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.OCAM	64	7		Le canton soutient la proposition de la majorité. Il est également d'accord avec le fait que les assurés en défaut de	

Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation

			paiement soient affiliés à un modèle meilleur marché avec un choix limité de fournisseurs de prestations. Toutefois, il est impératif de prévoir des exceptions. Nous pensons particulièrement à des assurés frappés par des maladies sévères ou chroniques. Le canton s'oppose à la proposition de la minorité.	
--	--	--	--	--

Autres propositions			
Nom	Art.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			



KANTON
NIDWALDEN

LANDAMMANN UND
REGIERUNGSRAT

Dorfplatz 2, Postfach 1246, 6371 Stans
Telefon 041 618 79 02, www.nw.ch

CH-6371 Stans, Dorfplatz 2, Postfach 1246, STK

PER E-MAIL

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
Herr SR Paul Rechsteiner
Kommissionspräsident
3003 Bern

Telefon 041 618 79 02
staatskanzlei@nw.ch
Stans, 22. September 2020

16.312.Kt.Iv.TG. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten. Stellungnahme

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Juni 2020 unterbreiteten Sie uns die Vorlage zur Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten mit der Bitte, bis zum 6. Oktober 2020 eine Stellungnahme abzugeben.

Wir danken Ihnen herzlich für diese Möglichkeit und vernehmen uns wie folgt:

1 Allgemeine Bemerkungen

Die Stossrichtung der Vorlage begrüssen wir sehr. Insbesondere erachten wir es als richtig, dass Junge Erwachsene nicht für die Prämien und Kostenbeteiligungen belangt werden können, die während ihrer Minderjährigkeit angefallen sind. Ebenso erachten wir es als wichtig, dass die Krankenversicherer in Zukunft nur noch anzahlmässig begrenzt die Versicherten pro Jahr betreiben können. Dies im Hinblick darauf, dass die Kosten für die Betreibungen hoch sind und immerhin durchschnittlich rund 15 Prozent der Ausgaben ausmachen, die von den Kantonen zu übernehmen sind. Aufgrund der Interessenlage erachten wir es auch als folgerichtig, dass die Kantone die Verlustscheine übernehmen und selbst bewirtschaften können, sofern sie dies im Einzelfall auch möchten. Dies ist eine weitere Möglichkeit für die Kantone, hier allenfalls kostensteuernd einzugreifen. Allerdings erachten wir die Forderung als nicht angemessen, dass 90 Prozent der Kosten durch die Kantone zu übernehmen sind. Dieser Wert sollte bei 85 Prozent bleiben, da die Krankenversicherer von der Arbeit (Bewirtschaftung Verlustscheine) entlastet werden und den Kantonen zusätzliche Ausgaben mit der Durchführung entstehen.

2 Zu den einzelnen Artikeln

Art. 3. Abs 1 und 1^{bis}

Keine Bemerkungen.

Art. 5 Abs. 2

Keine Bemerkungen.

Art. 61a Abs. 1 und 2

Wir begrüssen diese Neuregelung ausdrücklich. Dies ermöglicht jungen Erwachsenen, ohne "KVG-Altlasten" in ihr Erwachsenenleben zu starten.

Art. 64 Abs. 1bis

Keine Bemerkungen.

Art. 64a Abs. 1^{bis}

Wir verstehen die Bestimmung in Verbindung zu Abs. 6 so, dass die Eltern, sofern sie nur die Prämien für die Kinder nicht bezahlt haben, ihre eigenen aber schon, auch nur den KVG-Versicherer ihrer Kinder nicht wechseln dürfen, ihren eigenen aber schon. Allenfalls ist eine Präzisierung der Bestimmung oder ein Hinweis in den Erläuterungen vorzunehmen.

Art. 64a Abs. 2

Die Kantone tragen auch die Betreuungskosten mit; insofern ist diese Bestimmung vollumfänglich zu begrüssen. Es fragt sich jedoch, ob eine Begrenzung auf vier Betreibungen reicht oder ob nicht maximal zwei Betreibungen möglich sein sollten. Ausserdem müssen auch die Kostenbeteiligungen, welche ebenfalls rund 10 bis 15 Prozent der durch die Kantone zu übernehmenden Kosten ausmachen, eingeschlossen werden in diese Begrenzung.

Art. 64a Abs. 4

Wir begrüssen die Anpassung des Artikels.

Art. 64a Abs. 5

Wir begrüssen die Anpassung, dass die Kantone zukünftig selbst die Verlustscheine bewirtschaften können. Zu präzisieren ist u.E., dass die Kantone im Einzelfall (Betreibungsdossier) bestimmen, ob sie die Bewirtschaftung übernehmen und damit ein Gläubigerwechsel stattfindet. Nachdem das Verlustrisiko der Krankenversicherer bereits heute mit 85 Prozent-Rückvergütung durch die Kantone sehr gering ist, erachten wir die Erhöhung auf 90 Prozent als nicht angebracht. Wir beantragen, dies bei 85 Prozent zu belassen, zumal die Kantone auch Durchführungskosten (für die Bewirtschaftung der Verlustscheine) haben werden.

Art. 64a Abs. 6

Wir schliessen uns klar der **Mehrheitsmeinung** an, dass zukünftig auf eine Liste der säumigen Prämienzahler, welche nur noch Zugang zu einer Notfallbehandlung haben, verzichtet werden soll. Dies führt interkantonal zu Unterschieden in der Behandlung der Versicherten. Die Erfahrungen mit einer solchen Liste sind sehr durchzogen und es gibt Kantone, welche diese Liste inzwischen wieder abgeschafft haben. Auch administrativ sind solche Listen sehr aufwändig und stehen in keinem Verhältnis zu ihrem Nutzen. Es sind ja nicht nur die Kantone, sondern auch die Versicherer administrativ belastet. Ausserdem entsteht auch für die Leistungserbringer zusätzlicher administrativer Aufwand.

Die Minderheitsmeinung verbindet das Anliegen der Fortführung der Liste mit dem Vorschlag, den Begriff der Notfallbehandlung im KVG zu definieren. Dies erachten wir als höchst problematisch. Will man in diese Richtung gehen, so muss der Leistungserbringer abschliessend beurteilen, ob es sich um eine Notfallbehandlung handelt. Eine (nachträgliche) Prüfung durch den Kanton anhand des doch eher unbestimmten Begriffes (Vorschlag Minderheit) erachten wir nicht als tauglich und nur mit grössten Schwierigkeiten umsetzbar.

Art. 64a Abs. 7^{bis}

Diese Anpassung wird begrüsst.

Art. 64a Abs. 7^{ter}

Keine Bemerkungen.

Art. 64a Abs. 7^{quater}

Der elektronische Datenaustausch funktioniert ja bereits im Bereich von Art. 65 KVG (Prämienerverbilligung) sehr gut. Diese Ausweitung wird daher begrüsst.

Art. 64a Abs. 8

Keine Bemerkungen.

Übergangsbestimmung 1

Vgl. unsere Bemerkung zu Art. 64a Abs. 5. Eine Erhöhung des Prozentsatzes lehnen wir ab.

Übergangsbestimmung 2

Keine Bemerkungen.

3 Weiterer Vorschlag

Es ist darauf Wert zu legen, dass die Versicherer die Verlustscheine nicht nur aufbewahren, sondern auch aktiv bewirtschaften. Dementsprechend schlagen wir eine Ergänzung in Art. 64a Abs. 4 vor:

"..... Der Versicherer bewahrt die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf und bewirtschaftet diese aktiv."

Besten Dank für die Berücksichtigung unserer Überlegungen.

Freundliche Grüsse
NAMENS DES REGIERUNGSRATES


Dr. Othmar Filliger
Landammann




lic. iur. Armin Eberli
Landschreiber

Geht an:

- aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch



CH-6061 Sarnen, Postfach 1562, Staatskanzlei

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats

per Mail:
aufsicht-rankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Referenz/Aktenzeichen:OWSTK.3802
Unser Zeichen: cb

Sarnen, 23. September 2020

Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Vorentwurf der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-S) zur Ergänzung von Artikel 64a KVG Stellung nehmen zu können. Sie finden in der Folge die Position des Kantons Obwalden zu den Stossrichtungen der Vorlage.

Minderjährige schulden keine Prämien und Kostenbeteiligungen mehr

Das KVG soll so geändert werden, dass die Eltern die alleinigen Schuldner der Prämien ihrer minderjährigen Kinder sind und bleiben. Junge Erwachsene können nicht mehr für Prämien belangt werden, die während ihrer Minderjährigkeit angefallen sind.

Der Regierungsrat begrüsst die vorgeschlagene Änderung.

Betreibungen

Heute können die Krankenversicherer säumige Versicherte pro Jahr beliebig oft betreiben. Mit jeder Betreibung entstehen Betreibungskosten und administrativer Aufwand. Neu sollen die Krankenversicherer die säumigen Versicherten höchstens viermal pro Jahr betreiben dürfen.

Der Regierungsrat unterstützt die Absicht, dass die Anzahl möglicher Betreibungen pro Jahr eingeschränkt wird. Wir erachten aber vier Betreibungen pro Jahr als immer noch zu viel. Zudem ist der Regierungsrat der Ansicht, dass weitere Massnahmen zu ergreifen sind, um die sehr hohen Betreibungs- und Zinskosten zu senken.

Kantone können Verlustscheine übernehmen und selber bewirtschaften

Heute müssen die Kantone die Verlustscheine der Versicherer aus unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen zu 85 Prozent finanzieren, die Verlustscheine verbleiben beim Versicherer. Neu sollen die Kantone die Möglichkeit erhalten, 5 Prozent mehr zu bezahlen und im Gegenzug die Verlustscheine zu übernehmen und selber zu bewirtschaften. Die davon betroffenen versicherten Personen könnten in der Folge den Versicherer und die Versicherungsform wieder wechseln.

Der Regierungsrat begrüsst, dass Art. 64a KVG dahingehend geändert wird, dass eine Abtretung von Verlustscheinen an den Kanton möglich ist. Er erachtet den finanziellen Aufwand mit den 90 anstatt 85 Prozent jedoch als zu hoch und fordert eine Lösung, bei welcher die Kantone weiterhin 85 Prozent der Forderungen übernehmen und zusätzlich die Möglichkeit erhalten, die Verlustscheine als Gläubiger zu übernehmen, wenn sie dies möchten.

Der Regierungsrat begrüsst, dass versicherte Personen, deren Verlustscheine an den Kanton abgetreten worden sind, die Möglichkeit erhalten, den Versicherer und die Versicherungsform zu wechseln.

Säumige Prämienzahlende

Neu sollen säumige Prämienzahlende in einem günstigeren Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers versichert werden. Die Mehrheit der SGK-S will zudem die kantonalen Listen säumiger Prämienzahlender abschaffen.

Der Regierungsrat begrüsst, dass säumige Prämienzahlende in einem günstigeren Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers versichert werden sollen und dass der Bundesrat bei Bedarf Ausnahmen vorsehen kann. Aus Sicht des Regierungsrats müssten insbesondere Ausnahmen für Chronischkranke geprüft werden.

Der Regierungsrat ist damit einverstanden, dass die kantonalen Listen säumiger Prämienzahlender abgeschafft und der Zugang aller zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung gewährleistet und weitere Auseinandersetzungen um die Definition von Notfallbehandlungen vermieden werden.

Elektronischer Datenaustausch

Neu sollen die Kantone und die Versicherer im KVG verpflichtet werden, ihre Daten in Zusammenhang mit Art. 64a KVG nach einem einheitlichen Standard auszutauschen.

GDK und santésuisse haben per 1. Januar 2017 einen einheitlichen Datenaustausch zu Art. 64a KVG geschaffen, der aber noch nicht von allen Kantonen und Krankenversicherern eingeführt worden ist. Der Regierungsrat begrüsst, dass im KVG die bis anhin fehlende Verbindlichkeit zur Teilnahme geschaffen werden soll.

Der Kanton Obwalden verzichtet auf eine weitergehende Stellungnahme zu den einzelnen Artikeln dieser Vorlage und unterstützt vollumfänglich die von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren eingegebene Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats



Christian Schäli
Landammann

Stefan Keiser
Landschreiber-Stellvertreter



Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Ständerates
3003 Bern

Regierung des Kantons St.Gallen
Regierungsgebäude
9001 St.Gallen
T +41 58 229 74 44
info.sk@sg.ch

St.Gallen, 14. September 2020

Ergänzung von Art. 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten (Standesinitiative 16.312); Vernehmlassungsantwort

Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Juni 2020 laden Sie uns ein, zum Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten Stellung zu nehmen. Gerne äussern wir uns wie folgt:

Obwohl der Kanton St.Gallen selber eine Liste für säumige Prämienzahlende führt, opponieren wir nicht gegen den Vorschlag der Kommissionmehrheit, kantonale Listen für säumige Prämienzahlende nicht mehr zu erlauben. Im Kanton St.Gallen wurde die Liste für säumige Prämienzahlende – entgegen dem Antrag der Regierung – auf den 1. Januar 2015 eingeführt. Aufgrund des schlechten Kosten-Nutzen-Verhältnisses sprach sich die Regierung am 21. August 2018 erfolglos für die Gutheissung der Motion 42.18.11 «Schwarze Liste abschaffen» aus. Die bisherige Bilanz ist ernüchternd. Aufgrund der Entwicklung der Zahlungssausstände kann nicht darauf geschlossen werden, dass eine Liste für säumige Prämienzahlende die Zahlungsmoral verbessert. Die Verlustscheinausgaben der öffentlichen Hand (Anteil von 85 Prozent abzüglich Verlustscheinbewirtschaftung) lagen vor der Einführung der Liste und während der Führung der Liste bei rund 1,0 bis 1,1 Prozent des Prämiensolls.

Obwohl das Urteil des Versicherungsgerichtes des Kantons St.Gallen vom 26. April 2018 (KSCHG 2017/5) zu einer gewissen Klärung des bundesrechtlichen Begriffs der «Notfallbehandlung» im Zusammenhang mit der Liste geführt hat, ist es nach Berichten der Sozial- und Schuldenberatung der Caritas St.Gallen-Appenzell dennoch vermehrt zu Situationen gekommen, in denen Hilfsbedürftigen aufgrund eines Listeneintrags notwendige medizinische Behandlungen vorenthalten worden seien. Dies hat im Jahr 2020 zu mehreren



Vorstössen¹ im St.Galler Kantonsrat geführt. Eine umfassende Aufzählung aller denkbaren Notfallkonstellationen ist nicht möglich. Auch mit der von der Kommissionsminderheit vorgeschlagenen Definition des Notfallbegriffs dürften sich deshalb unterschiedliche und allenfalls auf dem Rechtsweg zu klärende Auffassungen bei der Beurteilung des Notfallbegriffs im Einzelfall nicht vermeiden lassen.

Die Beibehaltung der in Art. 64a Abs. 2 KVG verankerten Möglichkeit, wonach die Kantone die Bekanntgabe der von einer Betreuung betroffenen Versicherten verlangen können, wird ausdrücklich begrüsst. Unabhängig von der Listenführung besteht weiterhin die Möglichkeit, dass säumige Prämienzahlende im Sinn eines freiwilligen Fallmanagements möglichst frühzeitig kontaktiert und begleitet werden können.

Die Vorschläge, wonach junge Erwachsene nicht mehr für Prämien aus der Zeit ihrer Minderjährigkeit belangt werden sollen und wonach säumige Versicherte in einem günstigeren Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer versichert werden sollen, begrüssen wir ebenfalls.

Im Übrigen unterstützen wir die Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und insbesondere die Forderung, eine Verlusterscheinabtretung ohne eine Erhöhung des Kantonsbeitrags von 85 Prozent zu ermöglichen.

Für die Gelegenheit zur Stellungnahme und die Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir Ihnen.

Im Namen der Regierung

Bruno Damann
Präsident

Dr. Benedikt van Spyk
Staatssekretär



Zustellung auch per E-Mail (pdf- und Word-Version) an:

aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; geвер@bag.admin.ch

¹ Interpellation 51.20.06 «Verursacht die schwarze Liste zunehmend Leid?», Interpellation 51.20.18 «Die schwarze Liste endlich abschaffen?» und Interpellation 51.20.26 «Schwarze Liste – Abschaffung nicht, bevor das Problem gelöst ist».

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Regierungsrat des Kantons Schaffhausen

Abkürzung der Organisation : SH

Adresse : Beckenstube 7, 8200 Schaffhausen

Kontaktperson : -

Telefon : 052 632 71 11

E-Mail : staatskanzlei@ktsh.ch

Datum : 22. September 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	3
Weitere Vorschläge	3

Allgemeine Bemerkungen	
Name	Bemerkung/Anregung
SH	Sehr geehrte Damen und Herren Für die Einladung zur Vernehmlassung zur Ergänzung von Art. 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten vom 15. Juni 2020 danken wir Ihnen und nehmen gerne wie folgt Stellung: Wir begrüssen grundsätzlich die mit der Vorlage unterbreiteten Änderungen, insbesondere dass Eltern die alleinigen Schuldner der Prämien ihrer minderjährigen Kinder werden sollen. Damit werden junge Erwachsene bei Eintritt der Volljährigkeit keine Schulden für Prämienrückstände, welche während ihrer Kindheit entstanden sind, übernehmen müssen. Nebst der Änderung, wonach die säumigen Prämienzahlenden in einem günstigeren Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers versichert werden sollen, wird auch der Vorschlag der Mehrheit der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates zur Abschaffung der Liste säumiger Prämienzahlender unterstützt. Die Liste säumiger Prämienzahlender hat im Kanton Schaffhausen nicht den gewünschten Erfolg gebracht und sich damit nicht bewährt. In finanzieller Hinsicht ist anzumerken, dass die in Ziff. 5.1. des erläuternden Berichts dargelegte Einschätzung, die Vorlage könne entlastend für die Kantone wirken, nicht erkannt wird. Entlastungspotential dürfte auf den ersten Blick am ehesten die Änderung im Bereich der Verlustscheinbewirtschaftung haben. Dies ist jedoch nicht in allen Kantonen der Fall. Wir ersuchen Sie höflich um diesbezügliche Richtigstellung, damit die vorgesehenen Änderungen nicht als Entlastungen für die Kantone ausgewiesen und verstanden werden. Im Übrigen trifft es unseres Erachtens nicht zu, dass die kantonalen Behörden des Inkassowesens aufgrund der Steuerdaten die finanzielle Situation von säumigen Versicherten kennen (vgl. Ziff. 5.1. des erläuternden Berichts). Das Steuergeheimnis gilt unter Vorbehalt eines öffentlichen Interesses auch zwischen den kantonalen Behörden. Für die Kenntnisnahme und die Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen.

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
-					

Weitere Vorschläge

Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
-			

Regierungsrat

Rathaus / Barfüssergasse 24
4509 Solothurn
so.ch

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Ständerates SGK-SR
Parlamentsdienste
3003 Bern

15. September 2020

16.312 Kt.lv.TG. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten; Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben uns mit Schreiben vom 15. Juni 2020 eingeladen, zur Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten eine Stellungnahme abzugeben. Gerne lassen wir uns wie folgt vernehmen:

Die Vorlage berücksichtigt ausgewogen die Interessen der Kantone, Versicherten sowie der Versicherer und Leistungserbringer. Wir befürworten daher die Änderungen und Ergänzungen im Grundsatz. Im Übrigen verweisen wir auf die Stellungnahme der GDK vom 21. August 2020.

Unsere Vernehmlassung entnehmen Sie wunschgemäss ebenfalls dem beigelegten Antwortformular.

Für die Möglichkeit, eine Stellungnahme abgeben zu dürfen, bedanken wir uns bestens.

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATES

sig. Brigit Wyss
Frau Landammann

sig. Andreas Eng
Staatsschreiber

Beilage: Antwortformular

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Kanton Solothurn, Amt für soziale Sicherheit

Abkürzung der Organisation : SO

Adresse : Ambassadorshof / Riedholzplatz 3, 4509 Solothurn

Kontaktperson : Sandro Müller, Amtschef

Telefon : 032 627 23 05

E-Mail : sandro.mueller@ddi.so.ch

Datum : 15.09.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2
Weitere Vorschläge	2

Allgemeine Bemerkungen

Name	Bemerkung/Anregung
Kanton Solothurn	Die Vorlage berücksichtigt ausgewogen die Interessen der Kantone, Versicherten sowie der Versicherer und Leistungserbringer. Wir befürworten daher die Änderungen und Ergänzungen im Grundsatz. Im Übrigen verweisen wir auf die Stellungnahme der GDK vom 21. August 2020.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

Weitere Vorschläge

Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag



6431 Schwyz, Postfach 1260

per E-Mail

An die
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Ständerates
(elektronisch als Word- und PDF-Version an
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch)

Schwyz, 15. September 2020

Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten

Vernehmlassung des Kantons Schwyz

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident

Mit Schreiben vom 15. Juni 2020 hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) den Kantonsregierungen die Unterlagen zur Standesinitiative 16.312 «Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten» zur Vernehmlassung bis 6. Oktober 2020 unterbreitet. In-
nert Frist nehmen wir wie folgt Stellung:

1. Grundsatz

Wir begrüßen diese Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) im Grundsatz. Wir votieren bei Art. 64a Abs. 7 KVG für die Version der Kommissionminderheit, welche sich dafür ausspricht, den Kantonen zusätzlich weiterhin zu erlauben, Listen mit säumigen Prämienzahlenden zu führen.

2. Begründung

Die Frage der Prämienbezahlung in der Krankenversicherung ist immer wieder umstritten. Wir befürworten, dass dafür neue Regeln geschaffen werden.

Wir sind damit einverstanden, dass den Kantonen die Option geboten werden soll, neu auch 90% der ausstehenden Forderungen zu übernehmen und dafür aber die Bewirtschaftung der Verlustscheine an die Hand nehmen zu dürfen.

Der Kanton Schwyz kennt das Instrument der Listen mit säumigen Prämienzahlenden nicht. Wir sind aber der Ansicht, dass es im Sinn des Föderalismus besser ist, wenn die Kantone, welche sich für dieses Instrument ausgesprochen haben, es auch weiterhin nutzen können.

Kontaktperson ist Andreas Dummermuth, Geschäftsleiter der Ausgleichskasse Schwyz
(Tel. 041 819 04 10, andreas.dummermuth@aksz.ch).

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und versichern Ihnen, sehr geehrter Herr Kommissionspräsident, unsere vorzügliche Hochachtung.

Im Namen des Regierungsrates:



Petra Steimen-Rickenbacher
Landammann



Dr. Mathias E. Brun
Staatsschreiber

Kopie an:

- die Schwyzer Mitglieder der Bundesversammlung.

Staatskanzlei, Regierungsgebäude, 8510 Frauenfeld

Ständerat
Kommission für soziale
Sicherheit und Gesundheit
3003 Bern

Frauenfeld, 29. September 2020

16.312 Kt.IV.TG. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten
Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, in erwähnter Angelegenheit Stellung nehmen zu können.

1. Vorbemerkung: Missbrauch der Thurgauer Standesinitiative

Mit Befremden nehmen wir zur Kenntnis, dass die Standesinitiative des Kantons Thurgau – diese hat einzig zum Inhalt, dass die Kantone die ausgewiesenen Forderungen der Krankenversicherer teilweise übernehmen und die Verlustscheine selbst bewirtschaften können sollen – dazu missbraucht wird, die Liste der säumigen Prämienzahler abzuschaffen. Eine Vernehmlassung zur Umsetzung einer Standesinitiative durchzuführen und in dieser den Anschein zu erwecken, mit der Vorlage würde (nur) die Standesinitiative umgesetzt, obwohl viele Aspekte der Vorlage in der Standesinitiative nicht erwähnt werden und den Standpunkten des Kantons Thurgau explizit widersprechen, ist politisch unredlich. Das Instrument der Standesinitiative wird vorliegend ad absurdum geführt, und dies ausgerechnet von einer Kommission des Ständerats, der Kammer des eidgenössischen Parlaments, welche die Kantone repräsentiert.

2. Liste säumiger Prämienzahler: Ein Thurgauer Erfolgsmodell

Der Kanton Thurgau wendet seit Jahren das Instrument der Liste der säumigen Prämienzahler (LSP) an, verbunden mit einem intensiven Case Management (CM) der säumigen Prämienzahler. Er ist der einzige Kanton, der die LSP mit einem CM kombiniert. Seit Herbst 2020 werden Kinder nicht mehr auf der LSP geführt. Dieses Thurgauer System ist ein voller Erfolg, weil es den zentralen Solidaritätsgedanken des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) berücksichtigt und gleichzeitig erlaubt, die individuelle Situation von säumigen Prämienzahlern in einem frühen Stadium zu erkennen und die erforderliche staatliche Unterstützung – namentlich auch in anderen Bereichen als der Versicherungspflicht – ermöglicht, bevor eine Person hoch

2/4

verschuldet ist oder sich in einer schlimmeren Notlage befindet. Regelmässig ist das Nichtbezahlen der Krankenkassenprämien nämlich Folge eines grundlegenden Problems (Schicksalsschlag, Demenz, Suchtproblem etc.), das weitere negative Folgen hat (Nichtanmeldung bei der AHV, EL, IV, ALV und Doppelversicherung, ausstehende Alimentenzahlung etc.). Ohne die LSP als Frühwarnsystem wird diesen Menschen erst viel später und in einer entsprechend akzentuierten Situation geholfen.

Wir machen beliebt, das Thurgauer System von LSP und CM vorurteilsfrei zu analysieren und zu prüfen, ob das Führen einer LSP an die Voraussetzung eines aktiven CM geknüpft werden soll, statt die LSP zu verbieten. Gerne stehen wir der Kommission für eine Anhörung zur Verfügung, um über die Umsetzung dieses erfolgreichen Systems im Kanton Thurgau und die damit gemachten Erfahrungen zu informieren. Allein im Kanton Thurgau helfen wir jährlich Hunderten von Menschen durch das CM, die inskünftig ohne LSP unerkannt und auf sich allein gestellt blieben.

Auf dem Schriftweg unterbreiten wir Ihnen einstweilen die für sich sprechenden Fakten dazu, was mit einer LSP und einem darauf abgestimmten CM erreicht werden kann. Der Kanton Thurgau führt seit 2007 eine LSP, seit 2015 verbunden mit einem konsequenten CM der Gemeinden. Die Auswirkung auf die aktiven Leistungsaufschübe ist augenscheinlich:



Wie Sie der Grafik entnehmen können, ist die Wirkung eines singulären LSP bescheiden. Wir teilen daher die Auffassung der Kommissionsmehrheit, dass die LSP für sich

3/4

alleine kein effektives Instrument darstellt. Wird sie allerdings mit einem CM kombiniert, so zeigt obige Darstellung eindrucklich, welche Wirkung erzielt werden kann.

Ein aktives CM hat eine weitere, für den Kanton und die säumigen Zahler positive Auswirkung. So kann die Begleichung der geschuldeten Krankenkassenprämien sehr viel erfolgreicher gestaltet werden, also ohne CM. Interne Erhebungen zeigen, dass der Kanton Thurgau so viele Rückerstattungen aus beglichenen Prämienschulden erhält wie kein anderer Kanton in der Schweiz. 2019 betrugen die ausstehenden Prämien für den Kanton Thurgau rund 3 Mio. Franken. Dem standen Rückerstattungen von über 0.6 Mio. Franken gegenüber. Die Rückerstattungsquote von rund 20 % ist schweizweit mit Abstand die höchste. Sie liegt viermal höher als der Schweizer Durchschnitt, wobei es sogar Kantone gibt, die überhaupt keine Rückerstattungen verzeichnen. Ein aktives CM lohnt sich also für den Staatshaushalt, aber auch für die betroffenen Prämienschuldner, da diese ihre Schulden abbezahlen konnten. Dies ist wichtige Grundlage für eine positive gestaltete Zukunft für den Einzelnen – ohne Schulden, ohne Altlasten.

Neben den Fakten sind Hunderte von Schicksalen zu berücksichtigen, die sich hinter den Zahlen verbergen. Im Kanton Thurgau wurde in den vergangenen Jahren Tausenden von Menschen und ihrem Umfeld geholfen, weil es ein CM gibt, das wirkungsvoll, aber nur mit einer LSP eingesetzt werden kann. Wird die LSP abgeschafft, wird diesen Menschen nicht mehr geholfen werden können, weil ein CM verunmöglicht wird. Sie bleiben unerkannt und auf sich allein gestellt.

3. Umsetzung der Standesinitiative des Kantons Thurgau

Im Übrigen begrüssen wir, dass die Standesinitiative des Kantons Thurgau umgesetzt und den Kantonen die Möglichkeit eröffnet werden soll, 90 Prozent der ausgewiesenen Forderungen der Krankenversicherer übernehmen und die Verlustscheine selbst bewirtschaften zu können. Die Behebung dieses Systemfehlers ist überfällig. Bitte entnehmen Sie unsere Detailbemerkungen dem beiliegenden Fragebogen.

4. Fazit

Wir danken Ihnen für die Prüfung unseres Anliegens, ob mit dem Thurgauer System eines mit einer LSP kombinierten CM dem solidarischen Krankenversicherungsgedanken und den einzelnen Menschen nicht besser gedient ist als mit einer Abschaffung der LSP. Unsolidarisches Verhalten würde belohnt und hilfsbedürftige Menschen blieben lange unerkannt. Gerne stehen wir der Kommission für eine Anhörung zur Verfügung.

4/4

Mit freundlichen Grüßen

Der Präsident des Regierungsrates


Der Staatsschreiber




Beilage:
Ausgefüllter Fragebogen

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Kanton Thurgau, Departement für Finanzen und Soziales

Abkürzung der Organisation : DFS

Adresse : Zürcherstrasse 188

Kontaktperson : Dr.iur. Nathanael Huwiler, Generalsekretär

Telefon : 058 345 64 62

E-Mail : nathanael.huwiler@tg.ch

Datum : 29. September 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2
Weitere Vorschläge	

Allgemeine Bemerkungen

Name	Bemerkung/Anregung
Kanton Thurgau	Wir begrüßen die Vorlage in vielen Punkten, insbesondere nehmen wir erfreut zur Kenntnis, dass die Standesinitiative des Kantons Thurgau umgesetzt und den Kantonen die Möglichkeit eröffnet werden soll, 90 Prozent der ausgewiesenen Forderungen der Krankenversicherer übernehmen und die Verlustscheine selbst bewirtschaften zu können. Damit wird ein unverständlicher Systemmangel endlich behoben.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	Wir kommen nicht umhin, unserem starken Befremden darüber Ausdruck zu verleihen, dass eine Standesinitiative dafür missbraucht wird, das erfolgreiche System ausgerechnet desjenigen Kantons zu verunmöglichen, der die Standesinitiative eingereicht hat. Der Kanton Thurgau wendet seit Jahren das Instrument der Liste der säumigen Prämienzahler (LSP) an, verbunden mit einem intensiven Case Management (CM) der säumigen Prämienzahler. Der Kanton Thurgau ist der einzige Kanton, der die LSP mit einem CM kombiniert. Das Vorgehen ist ein durchschlagender Erfolg, weil es den zentralen Solidaritätsgedanken im KVG berücksichtigt und es gleichzeitig erlaubt, die individuelle Situation von säumigen Prämienzahlern in einem frühen Stadium zu erkennen und die regelmässig erforderliche staatliche Unterstützung zu ermöglichen, bevor eine Person hoch verschuldet ist oder sich in einer noch schlimmeren Notlage befindet. Wir machen Ihnen beliebt, diese Kombination vorurteilsfrei zu analysieren und zu prüfen, ob das Führen einer LSP an die Voraussetzung eines aktiven CM geknüpft werden soll, statt die LSP generell zu verbieten.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Kanton Thurgau	61a	1		Wir begrüßen diese Änderung. Der Analogie folgend muss auch der Vormund aufgeführt werden (wie in Art. 5 Abs. 2 letzter Satz).	Absatz 1 ist wie folgt zu ändern: „[...] ausschliesslich von seinen Eltern solidarisch oder vom <u>Vormund</u> geschuldet.“
Kanton	64	1 ^{bis}		Der Analogie folgend ist derselbe Wortlaut wie in Art. 5 Abs. 2	„[...] ausschliesslich von seinen Eltern solidarisch,

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Thurgau				letzter Satz zu verwenden.	oder vom Elternteil, der dessen Prämien schuldet, <u>oder vom Vormund</u> geschuldet.“
Kanton Thurgau	64a	1 ^{bis}		Der Analogie folgend, ist der Vormund aufzuführen.	„[...] grundsätzlich auf ihre Eltern, <u>oder den Vormund</u> anzuwenden. [...]“
Kanton Thurgau	64a	2		Integral ist in Art. 64a der Terminus „versicherte Person“ in „Schuldnerin oder Schuldner“ zu ändern, um klarzustellen, dass minderjährige Kinder nicht betrieben werden dürfen. Materiell ist eine Reduktion des administrativen Aufwandes sowie der anfallenden Betreuungskosten zu begrüssen. Entgegen dem Vorschlag, dass eine Person vier Mal pro Jahr betrieben werden kann, schlagen wir vor, die Limitierung auf zwei Betreibungen pro Versicherer und pro Schuldner festzulegen. Dem im erläuternden Bericht aufgeführten Argument, dass die Forderungen zu hoch seien, wenn nur zwei Mal im Jahr betrieben wird, stimmen wir nicht zu. Denn die Forderungen gegenüber dem Schuldner werden nicht erst mit Einleitung der Betreuung geltend gemacht, sondern bereits mit der Rechnungsstellung. Entsteht ein Verlustschein, werden auch die Betreuungskosten zu 85 Prozent dem Kanton verrechnet. Mit einer Limitierung auf zwei Betreibungen pro Jahr können die Aufwendungen der Kantone gleich in zwei Punkten massgeblich gesenkt werden: in den effektiven Betreuungskosten und den Ressourcen der Kantonalen Betreibungsämter. Die Limitierung soll pro Schuldner und pro Versicherer festgelegt werden. In Fällen, in denen ein Schuldner von mehreren Versicherern betrieben werden kann (z.B. wenn das Kind und die Eltern unterschiedliche Versicherer haben), kann nicht erwartet werden, dass der Schuldner von sich aus geltend macht, dass er bereits von einem anderen Versicherer betrieben wurde.	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Kanton Thurgau	64a	5	Es ist zielführend, dass den Kantonen die Möglichkeit geboten wird, Verlustscheine zu übernehmen und diese selber zu bewirtschaften. Die Kantone müssen aber pro Betreibungsdossier entscheiden können, ob ein Gläubigerwechsel stattfindet oder nicht. Trotz anderslautender Bestimmungen (Art. 105b Abs. 1 KVV) stellen wir immer wieder fest, dass KVG- und VVG-Ausstände gleichzeitig betrieben und somit auch im gleichen Verlustschein aufgeführt werden. Auf unsere Intervention hin erhalten wir von den Versicherern die Antwort, dass dies den Schuldner entgegenkomme, da dadurch zusätzliche Betreibungskosten eingespart werden. Zudem erfolge die Verrechnung an den Kanton zu 85 Prozent ja nur auf den Positionen gemäss Art. 64a Abs. 3 KVG. Mit Einführung der Bestimmung eines möglichen Gläubigerwechsels führt es jedoch zu grossen Problemen, wenn auf einem Verlustschein gleichzeitig KVG- und VVG-Forderungen aufgeführt sind. Zumindest in den Erläuterungen sollte deshalb festgehalten werden, dass eine Betreibung von Prämien und Kostenbeteiligungen zwingend getrennt von weiteren Zahlungsausständen erfolgen muss. Gegebenenfalls ist zu prüfen, ob eine entsprechende Bestimmung im SchKG aufgenommen wird, damit die Betreibungsämter eine Rechtsgrundlage haben, nicht korrekte Betreibungsbegehren a priori zurückzuweisen. In Anbetracht der Tatsache, dass in einem Verlustschein für ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen immer auch – teils horrende – interne Gebühren des Versicherers (Dossiergebühren, Mahnspesen etc.) aufgeführt sind und wir davon ausgehen, dass die Versicherer nicht auf diese Kosten verzichten, sondern diese bei einem Gläubigerwechsel zwangsweise auch vom Kanton anteilmässig bezahlt werden müssten, sollte der Ansatz nicht wie vorgeschlagen auf 90 Prozent angehoben, sondern auf 85 Prozent belassen werden.	Wir schlagen deshalb folgende Änderung vor: „Der Kanton kann den Versicherer bis spätestens 15. Februar des Folgejahres auffordern, ihm einzelne oder alle Forderungen, die der Versicherer ihm nach Absatz 3 bekanntgegeben hat, abzutreten. [...]“
-------------------	-----	---	---	--

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

			Alternativ wäre es möglich, im Gesetz klarzustellen, dass Gebühren der Versicherer nicht unter Art. 64a KVG fallen. Diese Möglichkeit würden wir präferieren, da sie Rechtssicherheit und -gleichheit unter den Versicherern brächte. Die Verlustscheinmeldungen erhalten die Kantone gemäss Art. 105f Abs. 1 KVV innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf jedes Quartals. Die Versicherer müssen den kantonalen Behörden bis zum 31. März die Schlussrechnung der im Vorjahr ausgestellten Verlustscheine und den dazugehörigen Revisionsbericht übermitteln. Sollten, wie oben ausgeführt, bei einem Gläubigerwechsel auch ein anteilmässiger Betrag der internen Gebühren übernommen werden müssen, unterscheidet sich ergo der Verrechnungsbetrag nach Absatz 4 zu dem Betrag nach Absatz 5. Es ist deshalb zwingend festzuhalten, in welchem Zeitraum ein Kanton entscheiden kann, ob ein Gläubigerwechsel stattfinden soll oder nicht.	
Kanton Thurgau	64a	7	Wir lehnen den Vorschlag der Mehrheit, die Liste der säumigen Prämienzahler (LSP) aufzuheben, mit Nachdruck ab. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist eine Versicherung, die auf dem Solidaritätsgrundsatz basiert. Aktuell wird diese Solidarität stark strapaziert. Eine Mehrheit aller versicherten Personen wird mehrfach zur Kasse gebeten. Aufgrund der Krankenkassenausstände steigen die Kopfprämien, was einen direkten Einfluss auf die Durchschnittsprämien und somit auf die Höhe der Prämienverbilligungen (IPV) hat. Die Verlustscheinforderungen werden von Steuergeldern, oft auch von IPV-Geldern bezahlt, was wiederum die IPV-Ansätze schmälert. Dieser Umstand ist stossend, weil unsolidarische Personen, welche die KVG-Prämien nicht zahlen, zulasten von Menschen in wirtschaftliche bescheidenen Verhältnissen profitieren. Die LSP ist ein essentielles Instrument für die Durchführung	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

			eines aktiven Case Managements, das im Kanton TG mit Erfolg angewendet wird. Entgegen anderslautenden Aussagen wird eine Person mit Leistungsaufschub nicht von der medizinischen Versorgung ausgeschlossen. Leistungsaufschub bedeutet, dass die medizinischen Behandlungen/Eingriffe auf das Notwendige begrenzt sind. Die Auswertungen anderer Kantone zur Wirksamkeit der LSP sind meist nur mit dem Fokus einer möglichen Kostenersparnis erstellt worden. Unseres Erachtens sollten sich die Kantone jedoch die Frage stellen, wie sie das Geld investieren wollen. Eine LSP ist nur sinnvoll, wenn diese im Zusammenhang mit einem aktiven Case Management genutzt wird. Der Kanton TG hat sich dazu entschlossen, die Verantwortung wahrzunehmen und die Sache selbst in die Hand zu nehmen. Dies bedeutet, das Geld für die Einwohnerinnen und Einwohner zu investieren und nicht einfach die Verlustscheinforderungen der Versicherer zu begleichen, im Wissen, dass dieses Verhalten im Endeffekt Mehrkosten und Ungerechtigkeiten generiert. Im Rahmen eines Case Managements können zudem allfällig weitere Problemfelder frühzeitig erkannt, diskutiert und Lösungen gesucht werden. Denn oft ist das Nicht-Bezahlen der Versicherungsprämien nur eines von vielen Problemen im Umfeld der betroffenen Person und Personen in deren Umfeld. Mit einem Case Management kann den Menschen eine echte Hilfe angeboten werden, wobei diese dank der LSP frühzeitig erfolgen kann, weil diese Personen mit ihren Problemen sonst lange unentdeckt bleiben. Die TG-Gemeinden haben das aktive Case Management in den letzten Jahren laufend intensiviert und viel erreicht. So konnte beispielsweise im Zeitraum vom 31. Dezember 2015 bis 24. Juni 2020 die Zahl der aktiven Leistungsaufschübe von 8'786 auf	
--	--	--	---	--

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

			5'592 Personen (-36 Prozent) gesenkt werden. Die Verlustscheinkosten stagnieren, im Gegensatz zu vielen anderen Kantonen, in den letzten Jahren. Die Abrechnung für das Jahr 2019 zeigt zudem einen Rückgang der Verlustscheinkosten um 20 Prozent. Nicht zu vergessen sind überdies die vielen weiteren Hilfeleistungen für die Menschen, auf welche die Gemeinde dank der LSP aufmerksam wurde, welche nicht in Zahlen gemessen werden können. Die langjährige Erfahrung zeigt, dass ein Grossteil der säumigen Zahler nicht bereit ist, die Unterstützung der Gemeinde anzunehmen und selbst aktiv mitzuwirken, wenn keine Sanktionen bestehen. Andernfalls würden sich diese Personen freiwillig an die diversen bereits bestehenden Angebote wie z.B. Schulden- und Budgetberatung, Pro Senectute etc. wenden. Oft fehlt auch der innere Antrieb und die nötige Energie. In diesem Sinne kann die LSP eine positiv-motivierende Funktion haben. Es darf nicht sein, dass Kantone, die ihre Verantwortung wahrnehmen und aktiv den Solidaritätsgrundsatz umsetzen, nun mittels Bundesgesetzgebung zurückgebunden werden, weil eine Mehrheit der Kantone, die ihre Verantwortung nicht wahrnehmen, die Führung der LSP (ohne Case Management) ablehnt. Wir unterstützen und begrüssen den Vorschlag der Minderheit, an der LSP festzuhalten und den Notfallbegriff schweizweit festzulegen. Da die Führung der LSP weiterhin als Kann-Bestimmung formuliert ist, steht es den Kantonen, die sich bis anhin gegen die Listenführung entschieden haben, weiterhin frei, von einer LSP abzusehen. Kantone, die sich für die Führung einer LSP entschieden haben, sollen dieses Instrument anwenden können. Basierend auf der Analogie des Artikels ist im Absatz 7 die	Wir schlagen folgende Änderung vor: „Die Kantone können versicherte Personen, die <u>ihre Prämien und Kostenbeteiligungen trotz Betreibung nicht bezahlen</u>, auf einer Liste erfassen [...]. <u>Die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt entscheidet abschliessend, was als Notfall gilt. Der Bundesrat kann den Notfallbegriff definieren.</u>
--	--	--	---	--

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

			„Prämienpflicht“ mit „Prämien und Kostenbeteiligungen“ zu ersetzen. Der Notfallbegriff muss zugunsten der Rechtssicherheit zwingend einheitlich definiert werden. Eine klare und einheitliche Definition reduziert den administrativen Aufwand aller Beteiligten und verhindert Missverständnisse. Der vorgeschlagene Gesetzestext ist sehr weit gefasst und bietet einen zu grossen Interpretationsspielraum. So hat beispielsweise eine Erstkonsultation immer als Notfall zu gelten, da erst im Anschluss beurteilt werden kann, ob ein Notfall im Sinne von Art. 64a KVG vorliegt oder nicht. Wir erachten die Ergänzung, dass die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt abschliessend entscheidet, ob eine Notfallbehandlung im Sinne von Art. 64a KVG vorliegt oder nicht, als zwingend notwendig. Die Krankenversicherer sollen diese Beurteilung nicht noch einmal prüfen müssen. Nur dadurch kann auf Seiten der Versicherer wie auf Seiten der Leistungserbringer der Administrativaufwand erheblich reduziert werden. Der Bundesrat soll den Notfallbegriff in der Verordnung detaillierter umschreiben. Eventualiter ist die Beschreibung gar ins Gesetz aufzunehmen.	Eventualiter: „Die Kantone können versicherte Personen, die <u>ihre Prämien und Kostenbeteiligungen trotz Betreibung nicht bezahlen</u>, auf einer Liste erfassen [...]. Als <u>Notfall gelten</u>: a) <u>ein akuter, lebensbedrohlicher Zustand;</u> b) <u>eine Situation, in der ohne umgehende Hilfe die Gesundheit ernsthaft beeinträchtigt wird;</u> c) <u>eine Situation, in der ohne Langzeitbehandlung die Gesundheit ernsthaft und dauerhaft beeinträchtigt wird. Langzeitbehandlungen haben sich auf das Notwendige zu beschränken;</u> d) <u>die vorgeburtlichen Untersuchungen, die von vitaler Bedeutung für die Mutter und das ungeborene Kind sind, sowie die Niederkunft;</u> e) <u>die Erstkonsultation zur Klärung ob ein Notfall vorliegt. Sie hat sich auf das Notwendige zu beschränken.</u> <u>Die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt entscheidet abschliessend, ob ein Notfall vorliegt.</u>
Kanton Thurgau	64a	7 ^{bis}	Die vorgeschlagene „Sanktionierung“, dass säumige Zahler in ein günstigeres Versicherungsmodell wechseln sollen/müssen, ist weder zielführend, noch können Kosten in erheblichem Umfang eingespart werden. Denn eine Mehrheit aller Versicherten ist bereits in einem Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers. Zudem ist es einem säumigen Zahler bereits heute möglich, innerhalb der bisherigen Versicherung in	Wir empfehlen, diesen Absatz zu streichen.

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

			ein günstigeres Modell zu wechseln. Im Rahmen eines aktiven Case Managements kann bei Bedarf ein solcher Wechsel thematisiert und vollzogen werden. Fazit: Diese Anpassung generiert einen administrativen Aufwand, der im Hinblick auf ein mögliches Sparpotenzial in keiner Weise gerechtfertigt ist. Wir würden es sehr begrüssen, wenn eine schweizweite, einheitliche Sanktionierung der säumigen Zahler erfolgt. Dass dies ohne grossen bürokratischen Aufwand und ohne Widerstand von verschiedensten Seiten möglich ist, zeigt beispielsweise unser Nachbarland Deutschland. Gemäss § 16 Abs. 3a SGB V werden Leistungen ruhend gestellt, wenn Versicherte mit zwei Monatsbeiträgen im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen. Sie bekommen dann nur noch Behandlungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft (inkl. Vorsorgeuntersuchungen) und Mutterschaft bezahlt. Den vollen Leistungsumfang erhalten Versicherte erst wieder, wenn alle ausstehenden Schulden beglichen worden sind oder wenn eine Hilfebedürftigkeit nach Sozialgesetzbuch (SGB) II oder XII besteht.	
Kanton Thurgau	Über-gangs-bestim-mungen	1	Die Versicherer haben den Kantonen 85 Prozent der ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten verrechnet. Zusätzlich sind auf den Verlustscheinen auch die Kosten für die internen Gebühren aufgeführt. Damit ein Gläubigerwechsel stattfinden kann, muss geklärt sein, was mit diesen Kosten geschieht. Sollten die Versicherer Anspruch darauf haben, dass die Kantone auch diese Forderungen anteilmässig übernehmen, ist ein Zuschlag von 3 Prozent nicht gerechtfertigt. In diesem Fall wäre auf einen Zuschlag zu verzichten.	

Numero
4955

fr

0

Bellinzona
1 ottobre 2020

Consiglio di Stato
Piazza Governo 6
Casella postale 2170
6501 Bellinzona
telefono +41 91 814 41 11
fax +41 91 814 44 35
e-mail can@ti.ch
web www.ti.ch

Repubblica e Cantone
Ticino

Il Consiglio di Stato

Commissione della sicurezza sociale
e della sanità

3003 Berna

Invio per posta elettronica
[aufsicht-](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)
krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

16.312 Iv.Ct.TG Complemento all'articolo 64a della legge federale sull'assicurazione malattie concernente l'esecuzione dell'obbligo di pagare i premi da parte degli assicurati — Procedura di consultazione

Gentili Signore e Signori,

ringraziamo per la vostra lettera del 15 giugno 2020 con la quale ci avete invitato a prendere posizione sul progetto di modifica della legge federale sull'assicurazione malattia che vuole migliorare l'insieme della procedura in caso di mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi.

Di seguito indichiamo la nostra posizione relativamente alle varie modifiche di dettaglio.

Non perseguibilità dei minorenni per il mancato pagamento di premi e partecipazioni ai costi (art. 5 cpv. 2 ; art. 61a nuovo; art. 64 cpv. 1^{bis}; art. 64a cpvv. 1^{bis} e 7^{ter})

Il Cantone Ticino condivide la modifica che indica i genitori quali unici debitori di premi e di partecipazioni ai costi dei figli minorenni fino al raggiungimento della maggior età. Ne consegue che l'assicurato che diventa maggiorenne non debba più rispondere di debiti per premi e partecipazioni ai costi, pregressi e potenzialmente in grado di influenzare negativamente il suo futuro.

Limitazione del numero di esecuzioni nei confronti di assicurati morosi (art. 64a cpv. 2)

Si prevede di limitare a quattro all'anno le procedure esecutive nei confronti di un assicurato per i suoi propri premi o per i premi di un figlio.

A tutt'oggi gli Assicuratori, durante un anno civile, possono iniziare delle procedure esecutive ogni qualvolta lo ritengono opportuno. Una limitazione a quattro procedure è un buon compromesso tra le spese di esecuzione connesse con una frequenza mensile o bimestrale, l'ammontare del debito che se conteggiato ogni tre mesi può essere ancora sostenibile e l'estremo opposto di una procedura annuale o semestrale che sarebbe quasi certamente candidata a rimanere lettera morta.

Ripresa degli attestati di carenza beni da parte del Cantone (art. 64a cpvv. 4 e 5)

Con questa modifica l'attuale capoverso 5 confluisce nel capoverso 4, mentre il nuovo capoverso 5 prevede che il Cantone possa entrare in possesso di un attestato di carenza beni (che con la legislazione attuale, pur pagando l'85%, rimane di proprietà dell'Assicuratore) versando all'Assicuratore il 90% del valore dell'attestato. In questo modo l'assicurato diventa debitore nei confronti del Cantone e ha di nuovo la possibilità di cambiare Assicuratore e forma di assicurazione in deroga ai capoversi 6 e 7^{bis}. A mente del legislatore, il Cantone può essere avvantaggiato pagando il 5% supplementare rispetto alla situazione attuale, contando sul fatto che può gestire direttamente i rapporti con l'assicurato e convincerlo ad optare per un Assicuratore e una copertura più vantaggiosi.

Il nostro Cantone condivide a questo proposito le perplessità espresse dalla Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità nella sua lettera del 21 agosto 2020 e ritiene che la possibilità di affidare in gestione ai Cantoni gli atti di carenza beni, debba essere possibile anche con il pagamento nei limiti attuali, è quindi del parere che un innalzamento al 90% del rimborso non sia accettabile perché favorirebbe unicamente gli Assicuratori.

Pagamento degli arretrati da parte di terzi (art. 64a cpv. 6)

Si condivide la modifica proposta che prevede la possibilità di pagamento degli arretrati non solo da parte dell'assicurato, ma anche di terze persone.

Lista degli assicurati morosi (art. 64a cpv. 7)

Si sostiene la proposta della maggioranza che vuole abrogare questo capoverso che permette ai Cantoni di registrare gli assicurati morosi in un elenco accessibile ai fornitori di prestazioni, ai Comuni e ai Cantoni interessati. A prescindere dal costo amministrativo tutt'altro che trascurabile che una tenuta a giorno di un simile elenco comporta, la sua abolizione mette fine a possibili disparità di trattamento quanto all'accessibilità di prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. La proposta della minoranza di conservare le liste e di definire cosa s'intende per trattamento d'urgenza è impraticabile, nella misura in cui la percezione da parte dell'assicurato della gravità del suo malessere è soggettiva. Se proprio si volesse mantenere la possibilità di allestire le liste occorre ancorare nella LAMal la competenza del medico curante o del servizio d'urgenza di stabilire la gravità, senza che l'Assicuratore la possa mettere in discussione.

Scelta del modello assicurativo meno caro (art. 64a cpv. 7^{bis})

Si approva l'imposizione agli assicurati morosi di modelli assicurativi con scelta limitata di fornitori di prestazione e *con premi vantaggiosi* (specifica da aggiungere alla formulazione proposta). È anche favorevole a che il Consiglio federale possa prevedere delle eccezioni, pensando alle persone affette da malattie croniche o portatrici di handicap che non devono essere penalizzate.

Scambio di dati (art. 64a cpv. 7^{quater})

Si saluta molto favorevolmente la creazione di una base giuridica che permetta lo scambio elettronico dei dati tra Cantoni e Assicuratori.

Ringraziandovi per una debita presa in considerazione delle osservazioni esposte, vogliate gradire, gentili Signore e Signori, l'espressione della nostra massima stima.

PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Presidente:


Norman Gobbi

Il Cancelliere:


Arnoldo CoduriCopia per conoscenza a:

- Dipartimento della sanità e della socialità (dss-dir@ti.ch)
- Divisione della salute pubblica (dss-dsp@ti.ch)
- Istituto delle assicurazioni sociali, Servizio contributi (siro.realini@ias.ti.ch)
- Deputazione ticinese alle Camere federali (can-relazioniesterne@ti.ch)



Landammann und Regierungsrat des Kantons Uri

Ständerat
Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
3003 Bern

16.312 Kt. Iv. TG Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten; Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

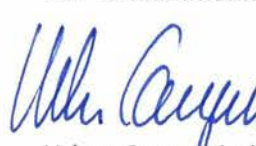
Wir danken Ihnen für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Sie erhalten unsere Antworten zusammengefasst im beiliegenden Formular.

Altdorf, 29. September 2020



Im Namen des Regierungsrats
Der Landammann Der Kanzleidirektor


Urban Camenzind


Roman Balli

Beilage

- Antwortformular

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion des Kantons Uri

Abkürzung der Organisation : GSUD

Adresse : Klausenstrasse 4, 6460 Altdorf

Kontaktperson : Patrik Zraggen

Telefon : 041 875 24 03

E-Mail : patrik.zraggen@ur.ch

Datum : 8. September 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2
Weitere Vorschläge	6

Allgemeine Bemerkungen	
Name	Bemerkung/Anregung
UR	Der Kanton Uri ist grossmehrheitlich einverstanden mit den Änderungen von Artikel 64a KVG. Im Weiteren unterstützt der Regierungsrat die Stellungnahme der GDK zu dieser Vernehmlassung.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)					
Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
UR	3	1 ^{bis}		Wir begrüßen diese Änderung.	
UR	5	2		Wir begrüßen diese Änderung.	
UR	61a	1		Wir begrüßen, dass junge Erwachsene nicht mehr für Prämienausstände haften müssen, die während ihrer Kindheit entstanden sind. Stattdessen bleibt die Inhaberin oder der Inhaber der elterlichen Sorge alleinige Schuldnerin respektive Schuldner der Prämien der Kinder bis 18 Jahre.	
UR	61a	2		Wir begrüßen diese Änderung.	
UR	64	1 ^{bis}		Wir begrüßen diese Änderung.	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

	64a	1 ^{bis}		Wir unterstützen, dass die Bestimmungen zum Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen bei minderjährigen Versicherten grundsätzlich auf die Eltern anzuwenden sind. Allerdings scheint uns nicht klar zu sein, wie Absatz 1 ^{bis} in Verbindung mit Absatz 6 zu verstehen ist: Angenommen die Eltern bezahlen ihre eigenen Prämien und Kostenbeteiligungen, nicht aber diejenigen eines minderjährigen Kinds. Können dann die Eltern den Versicherer nicht wechseln oder können sie den Versicherer ihres minderjährigen Kinds nicht wechseln? Die erste Variante (die Eltern können den Versicherer nicht wechseln, wenn sie Ausstände bei den Prämien oder Kostenbeteiligungen für das Kind haben) muss vermieden werden, weil sie nur schwer umsetzbar wäre in Fällen, in denen Eltern und Kind nicht beim gleichen Versicherer versichert sind.	Mindestens im erläuternden Bericht ist zu präzisieren, dass Eltern den Versicherer des Kinds nicht wechseln dürfen, wenn sie ausstehende Prämien oder Kostenbeteiligungen für das Kind schulden.
UR	64a	2		Mit der Übernahme von 85 Prozent der Forderungen, die zu einem Verlustschein geführt haben, tragen die Kantone auch die Betreibungskosten mit. Es ist also im Interesse der Kantone, die Anzahl Betreibungen pro Jahr zu begrenzen. Der Regierungsrat unterstützt den Vorschlag, die Anzahl Betreibungen auf viermal jährlich zu reduzieren.	
UR	64a	4		Wir sind mit der neuen Formulierung («vergütet dem Versicherer») und der Zusammenlegung der alten Absätze 4 und 5 zum neuen Absatz 4 einverstanden. Auch mit der neuen Formulierung im letzten Satz, die offenlässt, dass auch Angehörige oder andere Personen die Schuld begleichen können, sind wir einverstanden.	
UR	64a	5		Grundsätzlich befürworten wir, dass Kantone die Möglichkeit erhalten, Verlustscheine zu übernehmen, die sie in der Folge selber bewirtschaften können. Weil aber schon die 85 Prozent, welche die Kantone übernehmen müssen, einen grossen Anteil darstellen und das Gläubigerrisiko der Versicherer stark minimiert, sind wir der Meinung, dass die Kantone die Möglichkeit erhalten sollten, die Verlustscheine ohne Zuschlag übernehmen zu können.	Wir schlagen folgende Änderung vor: «Der Kanton kann den Versicherer auffordern, ihm einzelne oder alle Forderungen, die der Versicherer ihm nach Absatz 3 bekanntgegeben hat, abzutreten. Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung. [...]»

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

			Die Kantone müssen im Einzelfall (pro Betreibungsdossier) bestimmen können, ob ein Gläubigerwechsel stattfindet oder nicht. Wir begrüssen, dass versicherte Personen, deren Forderungen an den Kanton abgetreten wurden, den Versicherer und die Versicherungsform wechseln können.	Eventualiter (bei Festhalten an der Auffassung, dass eine Abtretung nur möglich ist, wenn der Kanton mehr als 85 Prozent übernimmt): «Übernimmt der Kanton zusätzlich 3 Prozent von einzelnen oder allen Forderungen, die der Versicherer ihm nach Absatz 3 bekanntgegeben hat, so tritt der Versicherer ihm diese Forderungen ab. [...]»
UR	64a	6	Wir begrüssen diese Präzisierung (Forderung kann auch durch Angehörige oder jemand anderes bezahlt werden).	
UR	64a	7	Der Kanton Uri unterstützt den Vorschlag der Mehrheit: Der bisherige Absatz 7, der den Kantonen erlaubt, eine Liste säumiger Prämienzahlenden zu führen, wird aufgehoben. Der Kanton Uri hatte bei der Einführung des neuen Artikels 64a KVG die Aufhebung der Leistungssistierung, die damit erzielt werden sollte, begrüsst. Die Listen haben eine Ungleichbehandlung der Versicherten herbeigeführt, indem in gewissen Kantonen der Zugang zu OKP-Leistungen eingeschränkt wurde. Eine Aufhebung dieser Ungleichbehandlung ist höher zu gewichten als allenfalls positive Erfahrungen einzelner Kantone mit der Einführung der Liste. Die Bilanz der Kantone, die eine Liste eingeführt hatten, ist denn auch unterschiedlich ausgefallen. Einige Kantone haben sie daher auch wieder abgeschafft. Der Verzicht auf die Listen lässt sich auch mit administrativen Argumenten begründen: Eine Studie sowie verschiedene Auswertungen und Erfahrungen von Kantonen zeigen, dass das Führen einer Liste für den Kanton kostenintensiv ist und ein Nutzen nicht belegt werden kann. Nicht nur für den Listenkanton	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

			entstehen durch die Liste zusätzliche Kosten, sondern auch für die Versicherer. Und auch im gemeinsamen elektronischen Datenaustausch zwischen Kantonen und Versicherern in Zusammenhang mit Artikel 64a KVG werden viele Ressourcen in Fragen rund um die Listen gesteckt. Nicht zuletzt generieren die Listen auch den Leistungserbringern mehr administrativen Aufwand und diese laufen Gefahr, auf nicht gedeckten Kosten sitzen zu bleiben. Zum Vorschlag der Minderheit, an den Listen säumiger Prämienzahlenden festzuhalten und zusätzlich den Begriff der Notfallbehandlung im KVG zu definieren, bezieht die GDK die folgende Position: Die vorgeschlagene Definition der Notfallbehandlung lehnen wir als praxisuntauglich ab. Die Umschreibung « [...] wenn die versicherte Person ohne sofortige Behandlung gesundheitliche Schäden oder den Tod befürchten muss » ist zu unbestimmt und bringt nicht mehr Rechtssicherheit als heute. Die allermeisten Konsultationen und Behandlungen erfolgen, weil die versicherte Person gesundheitliche Schäden befürchtet. Wollte man an den Listen säumiger Prämienzahlenden festhalten, sollte im KVG definiert werden, dass die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt abschliessend entscheidet, ob eine Notfallbehandlung vorliegt. Die Versicherer sollten diese Beurteilung nicht noch einmal prüfen müssen.	
UR	64a	7 ^{bis}	Der Kanton Uri begrüsst diese Ergänzung, wonach künftig säumige Prämienzahlende in einem Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers zu versichern sind. Es sollte zudem sichergestellt werden, dass es ein Modell mit tieferer Prämie ist. Dass der Bundesrat Ausnahmen vorsehen und nähere Bestimmungen erlassen kann, erachten wir auch deshalb als sinnvoll, weil sichergestellt werden muss, dass chronisch Kranke und Menschen mit einer Behinderung keine Nachteile erfahren.	Wir schlagen folgende Präzisierung vor: «Der Versicherer versichert die Personen, die er nach Absatz 3 der zuständigen kantonalen Behörde bekannt gegeben hat, in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers und reduzierter Prämie. [...]»

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

UR	64a	7 ^{ter}	Wir begrüßen diese Ergänzung. Kinder sollen ab Erreichen der Volljährigkeit den Versicherer wechseln dürfen, auch wenn ihre Eltern Prämien- oder Kostenbeteiligungsschulden für die Zeit vor ihrer Volljährigkeit haben.	
UR	64a	7 ^{quater}	Der Kanton Uri begrüsst sehr, dass eine gesetzliche Grundlage für den elektronischen Datenaustausch zwischen den Kantonen und den Versicherern geschaffen werden soll. Im Datenaustausch zur Prämienverbilligung nach Artikel 65 KVG bewährt sich dies. GDK und santésuisse haben per 1. Januar 2017 einen einheitlichen Datenaustausch zu Artikel 64a KVG geschaffen, der aber noch nicht von allen Kantonen und Krankenversicherern eingeführt worden ist.	
UR	64a	8	Wir begrüßen diese Änderung, die aufgrund des neuen Absatzes 7 ^{quater} vorgenommen werden kann.	

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
UR	64a Abs. 5	Der Kanton Uri fordert, dass die Versicherer nicht bloss verpflichtet werden, Verlustscheine aufzubewahren, sondern auch, sie zu bewirtschaften.	Wir schlagen folgende Ergänzungen vor: «Der Versicherer bewahrt und bewirtschaftet die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf. Der Bundesrat regelt die Details. [...]»

Par courriel uniquement

Office fédéral de la santé publique OFSP
3003 Berne

gever@bag.admin.ch

[aufsicht-
krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)

Réf. : «20_COU_1568»

Lausanne, le 30 septembre 2020

Consultation fédérale sur l'initiative déposée par un canton - exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'art. 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie

Mesdames, Messieurs,

Nous vous remercions de nous avoir consultés dans le cadre de la consultation citée en titre. Nous vous prions de trouver en annexe le formulaire complété avec nos observations et le détail de nos commentaires.

Nous souhaitons relever en particulier les éléments suivants :

- **Les mineurs ne sont plus eux-mêmes débiteurs de primes ou de participations aux coûts**

Le Conseil d'Etat du Canton de Vaud est favorable à la modification proposée selon laquelle les parents sont et demeurent les seuls débiteurs des primes de leurs enfants mineurs. Les jeunes adultes ne pourront ainsi plus être poursuivis en raison des primes non payées alors qu'ils étaient mineurs.

- **Poursuites**

Le Conseil d'Etat du Canton de Vaud soutient sur le principe la limitation du nombre de poursuites possibles par année. Il considère néanmoins que le nombre de quatre poursuites par année est excessif et propose de porter à deux ce maximum.

- **Les cantons peuvent reprendre les actes de défaut de biens et les gérer eux-mêmes**

Le Conseil d'Etat du Canton de Vaud salue l'esprit de la modification, dans l'objectif de permettre une cession des actes de défaut de biens au canton. Il estime toutefois que le montant à prendre en charge par les cantons de 90 % au lieu de 85 % est trop élevé et demande une solution dans laquelle les cantons

continuent à prendre en charge 85 % des créances et obtiennent en plus la possibilité de contraindre les assureurs à leur céder la gestion des actes de défaut de biens en tant que créanciers.

Le Conseil d'Etat du Canton de Vaud préavise favorablement la modification permettant aux assurés dont les actes de défaut de biens ont été cédés au canton de changer d'assureur et de forme d'assurance.

- **Assurés en défaut de paiement**

Le Conseil d'Etat du Canton de Vaud soutient la proposition visant à ce que les assurés en défaut de paiement puissent être affiliés à un modèle d'assurance moins coûteux avec choix limité du fournisseur de prestations et à ce que le Conseil fédéral puisse au besoin prévoir des exceptions. Le Conseil d'Etat du Canton de Vaud considère toutefois qu'il convient encore de déterminer si le choix ne doit pas relever de l'assuré ou son représentant plutôt que l'assureur (prévention des effets néfastes pour l'assuré), respectivement de prévoir des exceptions pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

Le Conseil d'Etat du Canton de Vaud salue l'abolition des listes cantonales des assurés en défaut de paiement afin de garantir l'accès de tous à des soins de santé adéquats.

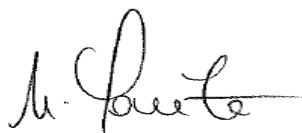
- **Échange électronique de données**

Le Conseil d'Etat du Canton de Vaud est favorable à l'inscription dans la loi de l'obligation de participer à une procédure uniforme d'échange électronique des données pour l'application de l'art. 64a LAMal. Le Canton de Vaud installe actuellement la procédure convenue entre la CDS et santéuisse, mais regrette que les derniers assureurs n'y soient pas également partie.

Nous vous remercions d'avance pour les suites données à la présente et vous adressons, Mesdames, Messieurs, nos salutations distinguées.

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

LA PRESIDENTE



Nuria Gorrite

LE CHANCELIER



Vincent Grandjean

Annexe mentionnée

Copies :

- parties consultées
- DSAS, DGCS
- OAE

Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation

Prise de position de

Nom / organisation	: Conseil d'Etat du canton de Vaud, Département de la santé et de l'action sociale, Direction générale de la cohésion sociale
Abréviation de l'organisation	: VD, DSAS-DGCS
Adresse	: Bâtiment administratif de la Pontaise, 1014 Lausanne
Personne de référence	: Fabrice Ghelfi, Directeur général
Téléphone	:
Courriel	: fabrice.ghelfi@vd.ch
Date	: 26.08.2020

Remarques importantes :

1. Veuillez ne pas changer le format du formulaire.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le 6 octobre 2020 aux adresses suivantes :
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Nous vous remercions de votre participation.

Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes) Procédure de consultation

Sommaire

Remarques générales	2
Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)	3
Autres propositions	6

Remarques générales	
Nom	Commentaires/remarques
Erreur ! Source du renvoi introuvable.DGCS	- Les jeunes adultes ne pourront plus être poursuivis en raison des primes, suppléments de primes pour cause d'affiliation tardives et des participations aux coûts non payées alors qu'ils étaient mineurs. Cette modification permet de remplir le mandat des motions Bea Heim 17.3323 et Heinz Brand 18.4176. Nous soutenons cette modification car l'état actuel de la législation contribue à prêterit nombre de jeunes à l'occasion de leur départ dans la vie active (début d'activité lucrative, prise d'un logement propre) pour des gestions malheureuses de leur situation administrative par leurs parents pendant leur minorité. On peut préciser que l'Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM) propose déjà actuellement sur son site Internet d'agir auprès des assureurs qui relancent des poursuites contre des jeunes adultes dont les parents n'ont pas acquitté toutes les factures avant leur majorité. L'OVAM reçoit plusieurs signalements par année. L'assureur donne en principe une suite favorable à l'intervention de l'OVAM, quand bien même si le droit actuel est en sa faveur. - Les assureurs ne devront pas pouvoir engager contre le même assuré, y compris les enfants, plus de quatre procédures de poursuite par année. Nous estimons opportun de prévoir cette limitation pour réduire les frais administratifs des assureurs, in fine à la charge des cantons. Il propose toutefois au Conseil d'Etat de limiter à deux le nombre de procédures de poursuite pouvant être engagée par année, afin de limiter encore les frais administratifs. - Les cantons qui prennent en charge 90% des créances des assureurs pourront désormais reprendre les actes de défaut de biens et les gérer eux-mêmes. Nous estimons que l'outil de la cession des actes de défaut de biens aux cantons et leur gestion par un service étatique constitue une importante amélioration du dispositif, avec des conséquences positives pour les administrés (régularisation de leur situation en discussion directe avec un interlocuteur étatique, possibilité de prévoir des arrangements de paiements) et pour le budget de l'Etat de Vaud. Nous souhaitons toutefois que cette cession puisse être exigée par le canton sans aucune augmentation du pourcentage du contentieux à la charge du canton. - Les assurés qui ne paient pas malgré les poursuites seront assurées par l'assureur selon une forme particulière d'assurance, afin de réduire le montant de la prime à payer. Les dispositions d'exécution seront ici édictées par le Conseil fédéral (notamment l'obligation d'annonce ad hoc de l'assureur à l'assuré).

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

	Pour les assurés en défaut de paiement, la possibilité de pouvoir rapidement diminuer le montant des primes auprès de leur assureur est positive. Nous sommes toutefois d'avis que cette modification peut avoir des effets néfastes sur la prise en charge des assurés concernés, en particulier s'agissant d'assurés atteints de maladies chroniques (en raison du refus de l'assureur de prendre en charge une partie ou l'intégralité des prestations, au motif des limitations des conditions générales d'assurances des modèles alternatifs). En conséquence, le choix du nouveau modèle ne devrait pas être laissé à l'assureur, mais à l'assuré ou à son représentant. De cette manière, la solution retenue répondrait mieux aux besoins de l'assuré, en sachant que les modèles alternatifs ont des limitations ou des sanctions très variables. - La commission propose également deux options concernant les listes cantonales des assurés en retard de paiement – estimant que l'instauration de cette liste « noire » n'a pas produit l'effet dissuasif escompté : - La majorité propose que la tenue de telles listes ne soit plus autorisée. Les assureurs devront toutefois affilier les personnes concernées à un modèle d'assurance moins coûteux, avec un choix limité du fournisseur de prestations. Nous soutenons cette proposition de la majorité. - Une minorité souhaite que les cantons continuent de pouvoir tenir ces listes, mais que la notion de prestations relevant de la médecine d'urgence soit définie au niveau suisse. Le canton de Vaud ne soutient pas cette proposition de la minorité. - Le projet prévoit enfin de fixer dans la LAMal une disposition contraignante pour la procédure uniforme d'échange de données découlant de l'art. 64a entre les assureurs et les cantons. Cette modification est opportune. L'OVAM installe actuellement ce nouvel échange avec les assureurs. Toutefois, en l'absence d'obligation de participation, il est impossible de déterminer quand les derniers assureurs feront le nécessaire et l'OVAM sera contraint à utiliser deux processus différents en parallèle pendant une période indéterminée.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	

Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)					
Nom	Art.	Al.	Let.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
Erreur ! Source du renvoi introuvable. DGCS	5			La mention « dernière phrase » dans le titre de l'article semble peu claire. En effet, on ne sait pas s'il s'agit d'une nouvelle dernière phrase ou d'une modification de la dernière phrase actuellement en vigueur. A la lecture du texte il s'agit assez clairement d'une adjonction. Mais le titre pourrait être plus précis. On peut comparer avec la	

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

				modification de l'article 64a, alinéa 8 où il s'agit effectivement d'une modification du texte et non d'une adjonction et où le titre est donc ciblé.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	64a	1bis		Les termes « en principe » semblent inadéquats. En effet, il ne semble pas que le projet prévoient des exceptions au fait que les dispositions concernant le non-paiement des primes et de participation aux coûts concernant les assurés mineurs s'appliquent à ses parents. Les termes « en principe » laissent cependant entendre que cela ne serait pas toujours le cas. Il y a lieu de supprimer ces termes.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	64a	2		La dernière phrase introduite précise que « le canton peut exiger que l'assureur annonce à l'autorité cantonale les personnes qui font l'objet de poursuites ». Or, l'alinéa 3 en vigueur prévoit déjà que « l'assureur annonce à l'autorité compétente les débiteurs concernés », en sus d'autres communications. C'est donc une redite inutile.	Sur le fond, nous proposons de porter à deux (au lieu de quatre) le nombre maximal de procédures de poursuite pouvant être intentées par année civiles.
	64a	4		Première phrase : Le texte est sans changement. Il est donc inutile de le mentionner. 2e et 3e phrases : Les deuxième et troisième phrases sont la reprise de l'alinéa 5 par déplacement. Il n'est pas judicieux sur le plan légistique de déplacer le contenu d'un alinéa dans un autre. Cela ne permet pas un suivi correct des modifications. Nous sommes donc d'avis que l'alinéa 5 devrait conserver son emplacement actuel et que l'alinéa 5 introduit par le projet soit déplacé en un alinéa 5bis.	

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

				De plus, la troisième phrase perd en précision dans sa rédaction nouvelle. En effet, la phrase passe de la voie active à la voie passive. Cela ne permet plus de savoir qui paie, même si cela semble évident. Nous sommes d'avis que l'alinéa 5 du texte en vigueur ne devrait pas être modifié.	
	64a	5		A la forme, nous sommes d'avis que cet alinéa devrait de préférence être introduit en alinéa 5bis.	Sur le fond, nous soutenons la proposition de la CDS, reproduite ci-dessous : « Le canton peut contraindre l'assureur à lui céder tout ou partie des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3. Le canton informe l'assuré de la cession. [...] » <i>Éventuellement (en maintenant qu'une cession n'est possible que si le canton prend en charge plus de 85 %) :</i> « Si le canton prend en charge 3% supplémentaires de tout ou partie des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3, l'assureur lui cède ces créances. [...] »
	64a	6		La dernière phrase est sans changement.	
	64a	7bis		Nous soutenons que modification permettant aux futurs assurés en défaut de paiement d'être affiliés à un modèle d'assurance avec choix limité du fournisseur de prestations. Il faudrait de plus garantir que c'est un modèle avec prime réduite. Nous considérons toutefois qu'il est nécessaire que le Conseil fédéral puisse prévoir des exceptions et édicter des dispositions d'exécution posant un cadre clair, en	Nous proposons la précision suivante : « L'assureur affine à une assurance avec choix limité du fournisseur de prestations et prime réduite les assurés qu'il a annoncés à l'autorité cantonale compétente conformément à l'al. 3. [...] »

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

				particulier afin de garantir que les personnes atteintes d'une maladie chronique et les personnes avec un handicap ne subissent pas d'inconvénients.	
	Dispositions transitoires	1		Nous demandons que le canton puisse prendre en charge et gérer lui-même une créance sans pourcentages supplémentaires. S'il est donné suite à cette demande, le paragraphe 1 peut être supprimé.	
	Dispositions transitoires	1		Il nous semble utile de préciser dans l'article que, lors d'une prise en charge rétroactive à 88% par le canton, l'assuré peut à nouveau changer d'assureur. Cette indication figure pourtant dans le rapport explicatif à la page 25.	

Autres propositions			
Nom	Art.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			



2020.03723

P.P. CH-1951
Sion

Poste CH SA

Commission de la sécurité sociale
et de la santé publique
Monsieur Paul Rechsteiner
Président de la CSSS-E
3003 Berne



Date **16 SEP. 2020**

16.312 Iv. ct. TG. Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie

Monsieur le président,

Le gouvernement valaisan vous remercie de lui donner l'occasion de se prononcer sur votre avant-projet de modification de l'article 64a LAMal.

Vous trouvez dans le formulaire ci-joint notre prise de position détaillée sur les compléments et modifications proposés.

1. Les mineurs ne sont plus eux-mêmes débiteurs de primes ou de participations aux coûts

Nous soutenons sans réserve votre proposition qui permettra que les jeunes adultes ne puissent plus être poursuivis en raison des primes non payées alors qu'ils étaient mineurs. Les parents restent ainsi les seuls débiteurs des primes de leurs enfants lorsque ces derniers étaient mineurs.

2. Poursuites

Nous soutenons votre volonté de diminuer le nombre de poursuites par année, ce qui aura notamment pour conséquence une diminution des frais de poursuite devant être pris en charge par les cantons.

Nous sommes favorables à une limitation à deux poursuites par année, au lieu des quatre proposées dans l'avant-projet, ce qui permettra également de décharger les offices des poursuites.

3. Les cantons peuvent reprendre les actes de défaut de biens et les gérer eux-mêmes

Nous soutenons la possibilité donnée aux assureurs de céder les actes de défaut de biens au canton et saluons que les assurés, dont les actes de défaut de biens ont été cédés au canton, puissent avoir la possibilité de changer d'assureur et de forme d'assurance.

Toutefois, il n'est pas concevable que les cantons doivent payer 5 % supplémentaires alors qu'ils devront assumer, à la place des assureurs, les charges administratives liées à la gestion des actes de défaut de biens.

4. Assurés en défaut de paiement

Nous sommes favorables à ce que les assurés en défaut de paiement doivent être affiliés à un modèle d'assurance moins coûteux avec choix limité du fournisseur de prestations.

Nous soutenons également sans réserve l'abolition des listes noires qui sont difficilement compatibles avec les principes éthiques et d'équité. De plus, les divergences des interprétations de la notion de « prestations relevant de la médecine d'urgence » d'un canton à l'autre constituent également une injustice.

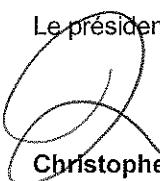
5. Échange électronique de données

Nous soutenons cette modification qui contraint les assureurs et les cantons à mettre en place un échange de données uniforme pour les actes de défaut de biens.

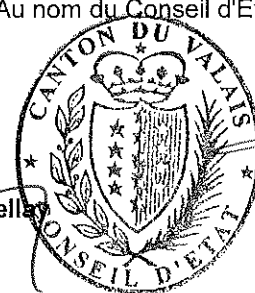
Nous vous remercions par avance de bien vouloir prendre en compte nos positions et vous prions de croire, Monsieur le président, à l'assurance de notre parfaite considération.

Au nom du Conseil d'Etat

Le président



Christophe Darbellay



Le chancelier



Philipp Spörri

Annexe : Formulaire

Copie : Aufsicht-Krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation

Prise de position de

Nom / organisation : Etat du Valais

Abréviation de l'organisation : EtatVS

Adresse : Service de la santé publique, Av. de la Gare 23, 1951 Sion

Personne de référence : Victor Fournier, Chef de service

Téléphone : 027 606 49 00

Courriel : victor.fournier@admin.vs.ch

Date : 17.08.2020

Remarques importantes :

1. Veuillez ne pas changer le format du formulaire.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le 6 octobre 2020 aux adresses suivantes :
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch.

Nous vous remercions de votre participation.

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

Sommaire

Remarques générales	2
Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)	2
Autres propositions	6

Remarques générales	
Nom	Commentaires/remarques
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	

Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)					
Nom	Art.	Al.	Let.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
EtatVS	3	1 ^{bis}		Nous approuvons cette modification.	
EtatVS	5	2		Nous approuvons cette modification.	
EtatVS	61a	1		Nous approuvons cette modification qui permettra que les jeunes adultes ne puissent plus être poursuivis en raison des primes non payées alors qu'ils étaient mineurs.	
EtatVS	61a	2		Nous approuvons cette modification.	
EtatVS	64	1bis		Nous approuvons cette modification.	

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

EtatVS	64a	1bis		Il nous paraît nécessaire de préciser la manière dont il convient de comprendre l'alinéa 1bis en lien avec l'alinéa 6, par exemple si les parents paient leurs propres primes et participations aux coûts mais pas celles d'un enfant mineur. Les parents ne peuvent-ils alors pas changer d'assureur ou ne peuvent-ils pas changer l'assureur de leur enfant mineur? La première variante (les parents ne peuvent changer d'assureur s'ils ont des arriérés de primes ou de participations aux coûts pour l'enfant) doit être évitée, car elle serait difficilement applicable lorsque les parents et l'enfant ne sont pas assurés auprès du même assureur.	Il convient au moins de préciser dans le rapport explicatif que les parents ne peuvent pas changer l'assureur de l'enfant s'ils doivent des arriérés de primes ou de participations aux coûts pour l'enfant.
EtatVS	64a	2		En prenant en charge les créances ayant conduit à un acte de défaut de biens, les cantons assument également une part des frais de poursuite. Limiter le nombre de poursuites par année est donc dans l'intérêt des cantons. Nous proposons d'aller plus loin que l'avant-projet de la CSSS-E et de fixer la limite à deux poursuites par année. La poursuite portant sur les participations aux coûts doit en outre également être incluse dans cette limitation. Le rapport explicatif indique : « <i>Mais s'il ne pouvait en engager qu'une ou deux fois par an, il ne pourrait faire valoir ses créances non recouvrées qu'à retardement. De plus, ses créances seraient alors d'un montant tel que les assurés de condition économique modeste ne pourraient guère les payer en une fois.</i> » On peut objecter à cela que les créances ne sont pas seulement réclamées lors de la poursuite, mais en premier lieu lors de la facturation et de la sommation.	Il convient de modifier comme suit l'alinéa 2 : « Un assureur peut poursuivre un assuré, respectivement les parents de l'assuré mineur, au maximum deux fois au cours d'une année civile pour les primes et les participations aux coûts. [...] »
EtatVS	64a	4		Nous sommes d'accord avec la nouvelle formulation et le regroupement des anciens alinéas 4 et 5 dans le nouvel alinéa 4. Nous sommes également d'accord avec la nouvelle	

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

				formulation de la dernière phrase, qui laisse ouverte la possibilité que des membres de la famille ou d'autres personnes règlent la dette.	
EtatVS	64a	5		Nous approuvons fondamentalement l'idée que les cantons aient la possibilité de reprendre des actes de défaut de biens qu'ils pourront ensuite gérer eux-mêmes. Mais comme les 85 % que les cantons doivent prendre en charge représentent déjà une part importante et minimisent grandement le risque créancier des assureurs, il n'est pas concevable que les cantons doivent payer 5 % supplémentaires alors qu'ils devront assumer, à la place des assureurs, les charges administratives liées à la gestion des actes de défaut de biens. Les cantons doivent pouvoir déterminer au cas par cas (par dossier de poursuite) si un changement de créancier a lieu ou non. Nous sommes favorables à ce que les assurés dont les actes de défaut de biens ont été cédés au canton aient la possibilité de changer d'assureur et de forme d'assurance.	Nous proposons la modification suivante : « Le canton peut contraindre l'assureur à lui céder tout ou partie des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3. [...] »
EtatVS	64a	6		Nous saluons cette précision (une créance peut également être payée par des membres de la famille ou par une autre personne).	
EtatVS	64a	7		Nous soutenons la proposition de la majorité : l'actuel alinéa 7, qui permet aux cantons de tenir une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes, est abrogé. Les listes noires sont en effet difficilement compatibles avec les principes éthiques et d'équité. De plus, les divergences des interprétations de la notion de « prestations relevant de la médecine d'urgence » d'un canton à l'autre constituent également une injustice.	

Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation

EtatVS	64a	7 ^{bis}		Nous saluons ce complément, selon lequel les futurs assurés en défaut de paiement devront être affiliés à un modèle d'assurance avec choix limité du fournisseur de prestations. Il faudrait de plus garantir que c'est un modèle avec prime réduite. Nous considérons également qu'il est judicieux que le Conseil fédéral puisse prévoir des exceptions et édicter d'autres dispositions, car il est impossible d'anticiper comment se comporteront les assurés affiliés contre leur volonté à un modèle du médecin de famille, HMO ou de télémédecine.	Nous proposons la précision suivante : « L'assureur affilié à une assurance avec choix limité du fournisseur de prestations et prime réduite les assurés qu'il a annoncés à l'autorité cantonale compétente conformément à l'al. 3.[...] »
EtatVS	64a	7 ^{ter}		Nous approuvons ce complément. Les enfants doivent être autorisés à changer d'assureur dès leur majorité, même si leurs parents ont des dettes sur les primes ou la participation aux coûts pour la période précédant leur majorité.	
EtatVS	64a	7 ^{quater}		Nous soutenons la création d'une base juridique pour l'échange électronique de données entre les cantons et les assureurs.	
EtatVS	64a	8		Nous approuvons cette modification, qui peut être apportée sur la base du nouvel alinéa 7quater.	
EtatVS	Dispositions transitoires	1		Nous demandons que le canton puisse prendre en charge et gérer lui-même une créance sans pourcentages supplémentaires.	
EtatVS	Dispositions transitoires	2		Nous considérons que cette disposition transitoire est judicieuse.	

Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation

Autres propositions			
Nom	Art.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
EtatVS			
EtatVS			

Regierungsrat, Postfach, 6301 Zug

Nur per E-Mail

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Ständerats
SGK-S
Postfach
3003 Bern

Zug, 15. September 2020 ek

**16.312 Kt.lv.TG. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten;
Vernehmlassungsantwort**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Juni 2020 lud die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats SGK-S ein, bis am 6. Oktober 2020 zur Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten Stellung zu nehmen.

Die Vernehmlassungsantwort des Kantons Zug entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Antwortformular.

Für die Gelegenheit zur Stellungnahme bedanken wir uns.

Freundliche Grüsse
Regierungsrat des Kantons Zug



Stephan Schleiss
Landammann



Tobias Moser
Landschreiber

Beilage:
Antwortformular

Kopie inkl. Beilage per E-Mail an:

- aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch (Beilage als PDF- und Word-Dokument)
- gever@bag.admin.ch (Beilage als PDF- und Word-Dokument)
- Gesundheitsdirektion (info.gd@zg.ch)
- Staatskanzlei (info.staatskanzlei@zg.ch; zur Aufschaltung im Internet)
- Zuger Mitglieder der Bundesversammlung

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Kanton Zug

Abkürzung der Organisation : ZG

Adresse : Gesundheitsdirektion, Neugasse 2, Postfach, 6301 Zug

Kontaktperson : Martin Pfister, Regierungsrat

Telefon : 041 728 35 01

E-Mail : martin.pfister.rr@zg.ch

Datum : 15. September 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen _____	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) _____	2
Weitere Vorschläge _____	6

Allgemeine Bemerkungen	
Name	Bemerkung/Anregung

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)					
Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
ZG	3	1 ^{bis}		Wir begrüßen diese Änderung.	
ZG	5	2		Wir begrüßen diese Änderung.	
ZG	61a	1		Wir begrüßen diese Änderung.	
ZG	61a	2		Wir begrüßen diese Änderung.	
ZG	64	1 ^{bis}		Wir begrüßen diese Änderung.	
ZG	64a	1 ^{bis}		Wir unterstützen diese Änderung. Es ist aber unklar, wie Absatz 1 ^{bis} in Verbindung mit Absatz 6 zu verstehen ist.	Mindestens im erläuternden Bericht ist zu präzisieren, dass Eltern den Versicherer des Kindes nicht wechseln dürfen, wenn sie

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

					ausstehende Prämien oder Kostenbeteiligungen für das Kind schulden.
ZG	64a	2		Mit jeder Betreibung sind Kosten und administrativer Aufwand verbunden. Deshalb ist die Anzahl Betreibungen pro Jahr zu begrenzen, und zwar nicht nur auf vier Mal, sondern auf zwei Mal. Denn es gilt zu vermeiden, dass die Ausstände durch zusätzliche Betreibungskosten unnötig aufgebläht werden – Kosten notabene, die bei der Übernahme der Forderungen zu 85 Prozent von der öffentlichen Hand zu tragen sind. Zwar ist die Summe pro Betreibung beim Semesterrhythmus höher als beim Quartalsrhythmus, doch ist der Betreibungserfolg auch bei einer kleineren Summe kaum grösser, zumal ja bereits die (kleineren) Einzelprämien nicht bezahlt wurden. Weiter muss auch die Betreibung von Kostenbeteiligungen in die Begrenzung eingeschlossen sein. Da es möglich ist, dass eine versicherte Person von zwei Versicherern betrieben wird, schlagen wir vor, die Limitierung je Versicherer und versicherter Person zu definieren.	Wir beantragen, Absatz 2 wie folgt zu ändern: «Ein Versicherer darf eine versicherte Person respektive die Eltern der minderjährigen versicherten Person in einem Kalenderjahr höchstens zwei Mal für Prämien und Kostenbeteiligungen betreiben. [...]»
ZG	64a	4		Wir sind mit der Änderung einverstanden.	
ZG	64a	5		Wir begrüssen, dass Kantone die Möglichkeit erhalten, Verlustscheine zu übernehmen, die sie in der Folge selber bewirtschaften können. Damit wird für die zuständigen Behörden die Hemmschwelle deutlich gesenkt, in sozial indizierten Fällen eine Schuldensanierung vorzunehmen und den Betroffenen einen Neustart zu ermöglichen. Dieser Effekt ist sozialpolitisch von grosser Bedeutung. Da aber nicht nur einzelne, sondern alle Forderungen übernommen werden müssen, ist der «Preis» von fünf Prozent zu hoch. Denn es zeigt sich, dass auch bei einer aktiven Bewirtschaftung der Schuldscheine nur ein geringer Teil	Wir beantragen, Absatz 5 wie folgt zu ändern: «Übernimmt der Kanton zusätzlich drei Prozent der Forderungen, die der Versicherer ihm nach Absatz 3 bekanntgegeben hat, so tritt der Versicherer ihm diese Forderungen ab. [...]»

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				zurückbezahlt wird. Insofern wären drei Prozent ein fairer Wert, der sicherstellt, dass die Rechnung sowohl für die Versicherer als auch für die Kantone aufgeht.	
ZG	64a	6		Wir begrüssen diese Präzisierung.	
ZG	64a	7		Absatz 7 geht auf einen Kompromiss zurück, wonach die Kantone zwar 85 Prozent der Forderungen übernehmen müssen, aber im Gegenzug die Möglichkeit erhalten, eine Liste für den Leistungsaufschub zu führen. Es widerspricht Treu und Glauben, dieses Element nachträglich herauszubrechen. Der Zuger Kantonsrat hat im Rahmen des Einführungsgesetzes zum KVG die Führung einer Liste beschlossen. Gleichzeitig besteht ein umfangreiches Hilfsangebot, insbesondere eine sehr gut ausgebaute Prämienverbilligung und ein Case Management durch die Gemeinden. Wenn jemand diese Unterstützung nicht nutzen will, braucht es eine Sanktionsmöglichkeit in Form des Leistungsaufschubs. Die Haltung gegenüber der Liste ist in den Kantonen sehr unterschiedlich. Dies gilt es zu respektieren, umso mehr, als eine abschliessende Beurteilung nicht möglich ist. Namentlich lässt sich die präventive Wirkung nicht exakt quantifizieren. Diese besteht darin, dass Schuldnerinnen und Schuldner einen Anreiz haben, rechtzeitig eine Lösung für die Ausstände zu suchen, bevor die Ausstellung eines Verlustscheins und damit der Eintrag auf der Liste erfolgt. Die so erfolgreich abgewendeten Betreuungsfälle erscheinen in keiner Statistik. Immerhin ist festzustellen, dass Zug pro Kopf der Bevölkerung die zweitiefsten durchschnittlichen Verlustscheinausgaben aller Kantone aufweist (wenngleich hier verschiedene Faktoren mitspielen).	Wir beantragen, Absatz 7 zu belassen: 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. [unverändert]

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				Nicht zuletzt sendet die Liste auch ein wichtiges Signal an alle, die ihrer Zahlungspflicht ordnungsgemäss nachkommen. Das Bestreben des Vorschlags der Minderheit, den Begriff der Notfallbehandlung im KVG zu definieren, ist zwar anerkennenswert, aber in dieser Form nicht unterstützenswert. Die Umschreibung «[...] wenn die versicherte Person ohne sofortige Behandlung gesundheitliche Schäden oder den Tod befürchten muss» ist zu unbestimmt und bringt nicht mehr Rechtssicherheit als heute. Wollte man eine entsprechende Präzisierung vornehmen, sollte im KVG definiert werden, dass die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt abschliessend entscheidet, ob eine Notfallbehandlung vorliegt. Allerdings ist eine solche Ergänzung nicht zwingend erforderlich, da die Erfahrung im Kanton Zug zeigt, dass insgesamt ein pragmatischer Umgang mit der Liste besteht und die Gesundheitsversorgung bei Notfällen uneingeschränkt gewährleistet ist.	
ZG	64a	7 ^{bis}		Wir sind mit dieser Ergänzung grundsätzlich einverstanden. Es sollte aber sichergestellt werden, dass es ein Modell mit verminderter Prämie ist.	Wir schlagen folgende Präzisierung vor: «Der Versicherer versichert die Personen, die er nach Absatz 3 der zuständigen kantonalen Behörde bekannt gegeben hat, in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers und reduzierter Prämie . [...]»
ZG	64a	7 ^{ter}		Wir begrüssen diese Ergänzung.	
ZG	64a	7 ^{quater}		Wir begrüssen diese Ergänzung.	
ZG	64a	8		Wir begrüssen diese Ergänzung.	
ZG	Über- gangs-	1		Wie zu Artikel 64a Absatz 5 ausgeführt, soll der «Preis» für die Übernahme der Forderungen drei Prozent betragen.	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

	bestimmungen			Entsprechend kann auf Absatz 1 der Übergangsbestimmungen verzichtet werden.	
ZG	Übergangsbestimmungen	2		Wir erachten diese Übergangsbestimmung als sinnvoll. Allerdings ist die Formulierung nicht ideal: «Artikel 61a und 64 in ihrer Fassung vom ... sind auf die Versicherten anzuwenden, die bei deren Inkrafttreten minderjährig sind. Sie gelten auch für deren Prämien [...]». Das erste Mal bezieht sich «deren» auf die Artikel, während sich «deren» das zweite Mal auf die Versicherten beziehen sollte, der Bezug aber unklar ist.	Wir beantragen, die Bestimmung sprachlich zu bereinigen.

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
ZG	64a Abs. 5 [alt] bzw. Abs. 4 [neu] Satz 2	Die Versicherer sollen die Verlustscheine nicht bloss aufzubewahren, sondern aktiv bewirtschaften.	Wir schlagen folgende Ergänzungen vor: «Der Versicherer bewahrt die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf und bewirtschaftet diese. Der Bundesrat regelt die Details. [...] »



Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
des Ständerates
3003 Bern

30. September 2020 (RRB Nr. 957/2020)

**Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung,
Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten
(Vernehmlassung)**

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Frauen Ständerätinnen und Herren Ständeräte

Mit Schreiben vom 15. Juni 2020 haben Sie uns eingeladen, zum Vorentwurf Ihrer Kommission vom 25. Mai 2020 zur Änderung des Bundesgesetzes über Krankenversicherung Stellung zu nehmen. Wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Vernehmlassung und äussern uns wie folgt:

Wir unterstützen die Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 21. August 2020 zu dieser Vorlage uneingeschränkt.

Die GDK regt an, neben der in Art. 64a Abs. 2 VE-KVG vorgesehenen Festsetzung einer Höchstzahl von Betreibungen pro Jahr weitere Massnahmen zu ergreifen, um die sehr hohen Betreibungs- und Zinskosten, die von den Kantonen ebenfalls zu 85% zu übernehmen sind, zu vermindern. Wir unterstützen auch dieses Anliegen und möchten es wie folgt konkretisieren:

2019 betrug die Verlustscheinabgeltung der Kantone an die Versicherer 391,6 Mio. Franken (Bundesamt für Gesundheit, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, Tabelle 4.11). Ausgehend von den für den Kanton Zürich erhobenen Daten entfielen davon rund 48 Mio. Franken (12,1%) auf Betreibungskosten und 17 Mio. Franken (4,4%) auf Verzugszinse. Das sind sehr hohe Beträge, die für die Administration des Systems statt für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung eingesetzt werden. Dieser Kostenblock sollte soweit wie möglich verkleinert werden. Neben der von der SGK-S vorgeschlagenen Festlegung einer jährlichen Maximalzahl von Betreibungen gegen eine bestimmte Schuldnerin oder einen bestimmten Schuldner regen wir folgende Massnahmen an:

- *Keine Abgeltung der Bearbeitungsgebühren (Mahngebühren) der Krankenversicherer:* Gemäss Art. 64a Abs. 4 KVG übernimmt der Kanton 85% der Forderungen, die «Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3» waren. Nach Abs. 3 haben die Krankenversicherer dem Kanton pro Schuldnerin oder Schuldner unter anderem «den Gesamtbetrag

der Forderungen aus der obligatorischen Krankenversicherung (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse und Betreibungskosten)» bekannt zugewiesen. Es ist nicht klar, ob der Begriff der Betreibungskosten nur die beim Krankenversicherer anfallenden Gebühren für das Betreibungsverfahren umfasst oder auch die Bearbeitungsgebühren (Mahngebühren) der Krankenversicherer. Die Praxis ist uneinheitlich. In der Literatur wird die zweite Meinung vertreten (Ivo Bühler / Cliff Egle, Basler Kommentar Krankenversicherungsgesetz, Art. 64a N. 80). Das ist abzulehnen: Der Kanton soll die Kosten, die den Versicherern bei der Eintreibung von Forderungen intern entstanden sind, nicht abgelten.

- *Begrenzung des Zinssatzes für fällige Forderungen:* Gemäss Art. 105a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) beträgt der Zinssatz für fällige Prämien der Versicherer 5% pro Jahr. Dieser Zinssatz ist mit Blick auf die heutigen Verhältnisse des Finanzmarkts völlig überzogen. Da nicht sicher ist, ob der Bundesrat bereit ist, diesen Zinssatz durch eine Änderung der KVV zu senken, ist im KVG ein Verzugszins von höchstens 2% festzuschreiben. Angesichts der häufigen Revisionen des KVG könnte der Zinssatz bei Bedarf jederzeit angepasst werden. Diese und die vorgehende Anregung liessen sich durch folgende Änderung von Art. 64a Abs. 3 KVG umsetzen:
«Der Versicherer gibt der zuständigen kantonalen Behörde [...] den Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse von höchstens 2 Prozent pro Jahr und Gebühren des Betreibungsverfahrens) bekannt, [...]».
- *Zulassung der Betreibung auf Pfändung bei Inhaberinnen und Inhabern einer Einzelfirma:* Inhaberinnen und Inhaber einer Einzelfirma unterstehen der Betreibung auf Konkurs (Art. 39 Abs. 1 Ziff. 1 Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs, SchKG). Dies gilt auch für Forderungen der Krankenversicherer. Die bei einer Konkursbetreibung anfallenden Gebühren liegen bei mindestens Fr. 2000 und betragen damit ein Mehrfaches der bei einer Betreibung auf Pfändung anfallenden Gebühren. Rund zwei Drittel der im Kanton Zürich durchgeführten Betreibungen auf Konkurs (total rund 2000 pro Jahr) entfallen auf Forderungen von Krankenversicherern gegen Inhaberinnen und Inhaber von Einzelfirmen. Um die Betreibungskosten für offene Forderungen der Krankenversicherer zu senken, sollte das SchKG in dem Sinne angepasst werden, dass die Forderungen von Krankenversicherern auch bei Inhaberinnen und Inhaber von Einzelfirmen auf dem Weg der Betreibung auf Pfändung eingetrieben werden können. Eine entsprechende Regelung besteht heute schon für eine Reihe von Forderungen, so für offene Steuern, Abgaben, Gebühren und insbesondere auch für Prämien der obligatorischen Unfallversicherung (vgl. Art. 43 SchKG).

Wir regen deshalb an, Art. 43 SchKG wie folgt anzupassen:

«Die Konkursbetreibung ist in jedem Fall ausgeschlossen für:
[...]

1^{ter}. Prämien und Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;
[...]

- *Genügenlassen eines früheren Verlustscheins nach Art. 115 Abs. 1 SchKG:* Nach geltendem Recht müssen die Kantone den Krankenversicherern die Forderungen zu 85% abgelten, die «zur Ausstellung eines Verlustscheins oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben» (Art. 64a Abs. 3 und 4 KVG). Im Vordergrund steht die Ausstellung eines Verlustscheins. Um einen solchen zu erlangen, müssen die Versicherer das gesamte Betreibungsverfahren durchlaufen. Daraus ergeben sich entsprechend hohe Gebühren von regelmässig Fr. 200 bis Fr. 300, die von den Versicherern vorzuschüssen sind und von den Kantonen ebenfalls zu 85% vergütet werden müssen. Einen Verlustschein vorauszusetzen, ist dann nicht zweckmässig, wenn sich aus den Umständen ergibt, dass die Schuldnerin oder der Schuldner zahlungsunfähig ist. Die Zahlungsunfähigkeit einer Person steht mit genügender Sicherheit fest, wenn gegen sie in der jüngeren Vergangenheit ein Verlustschein erwirkt worden ist, aus dem sich ergibt, dass kein pfändbares Vermögen vorhanden ist (Verlustschein nach Art. 115 Abs. 1 SchKG). In diesem Sinn sollen die Kantone offene Forderungen der Versicherer auch dann zu 85% abgelten, wenn der Versicherer nachweist, dass gegen die versicherte Person höchstens sechs Monate vor Eintritt der Fälligkeit der Forderung ein Verlustschein nach Art. 115 Abs. 1 SchKG ausgestellt worden ist. Zudem ist ergänzend zu regeln, dass ab Mitteilung des Versicherers an den Kanton kein Verzugszins mehr geschuldet ist. Denn auch bei Forderungen, die zu einem Verlustschein führen, endet die Zinspflicht ab Ausstellung des Verlustscheins (Art. 149 Abs. 4 SchKG).

Wir regen folgende Ergänzung von Art. 64a Abs. 3 KVG an:

«Der Versicherer gibt der zuständigen kantonalen Behörde die betroffenen Versicherten sowie, pro Schuldner und Schuldnerin, den Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse von höchstens 2 Prozent pro Jahr und Gebühren des Betreibungsverfahrens) bekannt,

- a. die während des berücksichtigten Zeitraums zur Ausstellung eines Verlustscheines oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben; oder
- b. bei denen sich die Zahlungsunfähigkeit der versicherten Person aus einem Verlustschein gemäss Artikel 115 Absatz 1 SchKG ergibt, der höchstens sechs Monate vor Fälligkeit der Forderungen des Versicherers ausgestellt worden ist; die Zinspflicht der versicherten Person endet mit der Bekanntgabe der Forderung an den Kanton.

Genehmigen Sie, sehr geehrter Herr Präsident,
sehr geehrte Frauen Ständerätinnen und Herren Ständeräte,
den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Im Namen des Regierungsrates

Die Präsidentin:

SON

Dr. Silvia Steiner

Die Staatsschreiberin:

K. Arioli

Dr. Kathrin Arioli



CVP Schweiz, Postfach, 3001 Bern

Per E-Mail:

aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch

gever@bag.admin.ch

Bern, 21. Oktober 2020

Vernehmlassung: Kt.Iv. TG 16.312. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten

Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben uns eingeladen, zur *Kt.Iv. TG 16.312. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten* Stellung zu nehmen. Für diese Gelegenheit zur Meinungsäusserung danken wir Ihnen bestens.

Allgemeine Bemerkungen

Die CVP unterstützt die Stossrichtung des vorliegenden Entwurfs der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S). Speziell begrüssen wir, dass junge Erwachsene nicht mehr für Prämien und Kostenbeteiligungen betrieben werden sollen, die während ihrer Minderjährigkeit entstanden sind. Prämien schulden, verursacht durch die Eltern, erschweren den Start ins Erwachsenenleben massiv.

Bezüglich schwarzer Listen sind wir aus föderalistischer Sicht der Meinung, dass es den Kantonen grundsätzlich offenstehen soll, entsprechende Massnahmen zu ergreifen, wenn sie dies als sinnvoll erachten. Jedoch nur sofern eine Definition der Notfallbehandlung im Gesetz verankert wird, welche schweizweit für Klarheit sorgt, in welchen Fällen eine Person, die auf einer schwarzen Liste vermerkt ist, behandelt werden muss.

Gleichzeitig sind wir aber auch der Ansicht, dass die Krankenversicherungen privatwirtschaftliche Unternehmen sind und dementsprechend ein gewisses unternehmerisches Risiko tragen müssen, welches nicht an die öffentliche Hand übertragen werden kann. Zumal es sich gemäss Schätzungen im erläuternden Bericht glücklicherweise nur um eine kleine Minderheit handelt, die auf solchen Listen geführt würde. Die Kantone verfügen zudem für jene Personen, welche tatsächlich zahlungsunfähig und nicht nur zahlungsunwillig sind, durchaus

auch andere Instrumente, wie z.B. Prämienverbilligungen, um zu verhindern, dass diese aus finanziellen Gründen nur noch Notfallbehandlungen in Anspruch nehmen können. Somit treffen schwarze Listen hauptsächlich wirtschaftlich und sozial Schwächere, was die CVP wiederum kritisch sieht.

Ablehnend stehen wir ausserdem schwarzen Listen für Minderjährige gegenüber. Diese sind nicht selber verantwortlich für allfällige Versäumnisse ihrer Eltern. Ausserdem kann gerade das Unterlassen von gewissen Behandlungen im Kindesalter zu einem späteren Zeitpunkt zu hohen Folgekosten führen.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und verbleiben mit freundlichen Grüssen

CHRISTLICHDEMOKRATISCHE VOLKSPARTEI DER SCHWEIZ

Sig. Gerhard Pfister
Präsident der CVP Schweiz

Sig. Gianna Luzio
Generalsekretärin CVP Schweiz

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : CVP Schweiz

Abkürzung der Organisation : CVP

Adresse : Hirschengraben 9, Postfach, 3001 Bern

Kontaktperson :

Telefon : 031 357 33 33

E-Mail : info@cvp.ch

Datum : 21.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2
Weitere Vorschläge	3

Allgemeine Bemerkungen	
Name	Bemerkung/Anregung
CVP CVP	Die CVP unterstützt die Stossrichtung des vorliegenden Entwurfs der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S). Speziell begrüßen wir, dass junge Erwachsene nicht mehr für Prämien und Kostenbeteiligungen betrieben werden sollen, die während ihrer Minderjährigkeit entstanden sind. Prämienschulden, verursacht durch die Eltern, erschweren den Start ins Erwachsenenleben massiv.
CVP CVP	Bezüglich schwarzer Listen sind wir aus föderalistischer Sicht der Meinung, dass es den Kantonen grundsätzlich offenstehen soll, entsprechende Massnahmen zu ergreifen, wenn sie dies als sinnvoll erachten. Jedoch nur sofern eine Definition der Notfallbehandlung im Gesetz verankert wird, welche schweizweit für Klarheit sorgt, in welchen Fällen eine Person, die auf einer schwarzen Liste vermerkt ist, behandelt werden muss.
CVP	Gleichzeitig sind wir aber auch der Ansicht, dass die Krankenversicherungen privatwirtschaftliche Unternehmen sind und dementsprechend ein gewisses unternehmerisches Risiko tragen müssen, welches nicht an die öffentliche Hand übertragen werden kann. Zumal es sich gemäss Schätzungen im erläuternden Bericht glücklicherweise nur um eine kleine Minderheit handelt, die auf solchen Listen geführt würde. Die Kantone verfügen zudem für jene Personen, welche tatsächlich zahlungsunfähig und nicht nur zahlungsunwillig sind, durchaus auch andere Instrumente, wie z.B. Prämienverbilligungen, um zu verhindern, dass diese aus finanziellen Gründen nur noch Notfallbehandlungen in Anspruch nehmen können. Somit treffen schwarze Listen hauptsächlich wirtschaftlich und sozial Schwächere, was die CVP wiederum kritisch sieht.
CVP	Ablehnend stehen wir ausserdem schwarzen Listen für Minderjährige gegenüber. Diese sind nicht selber verantwortlich für allfällige Versäumnisse ihrer Eltern. Ausserdem kann gerade das Unterlassen von gewissen Behandlungen im Kindesalter zu einem späteren Zeitpunkt zu hohen Folgekosten führen.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)					
Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

CVP					
CVP					
CVP					

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
CVP			
CVP			

Commission de la sécurité sociale et
de la santé publique
CH-3003 Berne

Berne, 5 octobre 2020 / nb
VL 16.312

Par e-mail :
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
GEVER@bag.admin.ch

Iv.ct. TG 16.312. Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie
Prise de position du PLR.Les Libéraux-Radicaux

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de nous avoir donné la possibilité de nous exprimer dans le cadre de la consultation de l'objet mentionné ci-dessus. Vous trouverez ci-dessous notre position.

PLR.Les Libéraux-Radicaux accepte cette proposition de modification de la LAMal.

Mineurs débiteurs de primes

Le PLR est favorable à ce que les mineurs ne soient plus eux-mêmes débiteurs de primes ou de participations aux coûts. Désormais ce devront être les parents qui, jusqu'à la majorité de leurs enfants, endossent cette responsabilité. Ce faisant, plus aucun mineur ne devra assumer de dettes de primes d'assurance-maladie lors de son passage à l'âge majeur.

Limitation du nombre de procédures de poursuite

Dans cette révision, il est proposé de limiter le nombre de procédures de poursuite que peuvent engager les assureurs contre un même assuré à quatre par année. Cette mesure, qui vise à limiter les charges administratives, est judicieuse. Les restrictions imposées aux assureurs sont supportables.

Listes de mauvais payeurs

Bien que leur utilité soit contestable, le parti libéral-radical estime que les cantons doivent rester libres d'établir ou non des listes de mauvais payeurs. Il convient cependant de définir clairement les prestations relevant de la médecine d'urgence, comme le proposait de faire la motion [18.3708](#). En ce sens, Il est recommandé de suivre la minorité à l'art 64a, al. 7.

Limitation du choix des fournisseurs

Le PLR soutient la proposition visant à contraindre les assurés n'ayant pas payé leurs primes de passer à une forme d'assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations. Ces modèles d'assurance permettent de limiter les coûts tout en garantissant un niveau de qualité au moins aussi élevé. Une restriction de la liberté de choix est une intervention supportable pour les assurés qui ne s'acquittent pas de leurs primes. Cette restriction devient caduque lorsque la dette est réglée.

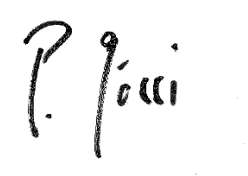
Gestion des actes de défaut de biens

Aujourd'hui, en cas de défaut de biens, le canton prend en charge 85% des créances arriérées. L'assureur conserve l'acte de défaut et rétrocède au canton 50% des montants éventuellement remboursés plus tard par l'assuré. Avec cette modification, les cantons pourraient désormais assumer 90% des créances arriérées, en échange de quoi ils reprendraient l'acte de défaut et deviendraient eux-mêmes créanciers. Le PLR soutient cette proposition. Ce faisant, les cantons auront désormais la

possibilité d'influer directement sur le recouvrement de la dette qu'ils ont l'obligation de prendre en charge.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à nos arguments, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos plus cordiales salutations.

PLR.Les Libéraux-Radicaux
La Présidente

Handwritten signature of Petra Gössi in black ink.

Petra Gössi
Conseillère nationale

La Secrétaire générale

Handwritten signature of Fanny Noghero in black ink.

Fanny Noghero

Annexe:

-



Conseil des États,
Commission de la sécurité sociale
et de la santé publique CSSS-E

Envoi par courriel :
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Berne, le 1^{er} octobre 2020

Consultation : lv. ct. TG 16.312, Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'art. 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (avant-projet élaboré par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États CSSS-E)

Monsieur le Président de la CSSS-E,
Mesdames, Messieurs les membres de la CSSS-E,
Mesdames, Messieurs,

Le Parti socialiste suisse (PS Suisse) vous remercie de l'opportunité qui lui est accordée de se prononcer dans le cadre de la consultation de l'objet cité en marge.

Contexte

L'avant-projet législatif mis en consultation par la CSSS-E vise à améliorer l'ensemble de la procédure en cas de non-paiement des primes et des prestations aux coûts.

L'avant-projet propose les modifications suivantes :

- Les mineurs ne sont plus débiteurs des primes ou de la participation aux coûts ;
- Le nombre de poursuites engagées contre le même assuré est au maximum 4 par année ;
- L'abandon des listes de mauvais payeurs (liste noire) ainsi que la suspension de la prise en charge des prestations ;
- Les assurés qui ne paient pas leurs primes, malgré les poursuites, doivent passer à une forme d'assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations ;
- Concernant la gestion des actes de défaut de biens, le projet propose deux possibilités : la solution existante, c'est-à-dire que le canton prend en charge 85% des créances arriérées et l'assureur conserve l'acte de

Parti socialiste
suisse

Theaterplatz 4
3011 Berne

Téléphone 031 329 69 69
Téléfax 031 329 69 70

info@pssuisse.ch
www.pssuisse.ch

défauts de bien et rétrocède au canton 50% des éventuels paiements ultérieurs de l'assuré. La deuxième possibilité pour le canton est de prendre en charge 90% des créances arriérées et reprise de l'acte de défaut de biens.



L'abandon des listes de mauvais payeurs (listes noires) et de la suspension de la prise en charge des prestations

La situation actuelle est, aux yeux du PS Suisse, désastreuse. L'introduction des listes des assuré-e-s en retard de paiement et la suspension de la prise en charge des prestations non urgentes (liste noire) ont conduit à des situations dramatiques. Ces listes ne concernent pas uniquement les adultes, mais aussi les enfants.

Or, la limitation de prestation de soins faite à un groupe de personnes, en raison de leur capacité financière limitée, est une violation de leurs droits fondamentaux ainsi qu'une violation des principes de l'équité et de l'égalité. L'objectif de l'assurance-maladie obligatoire est de garantir à l'ensemble de la population une prise en charge médicale complète et de haute qualité. Avec le système actuel, cet objectif n'est donc pas réalisé.

Dans sa réponse à la question Graf-Litscher 19.5420, le Conseil fédéral a confirmé que la pratique de certains cantons consistant à inscrire des enfants sur les listes noires et à leur limiter l'accès aux prestations médicales est en contradiction avec la Convention relative aux droits de l'enfant.

De surcroît, le 15 septembre dernier, le Conseil national a adopté la motion 19.4290 Barrile « Garantir les prestations médicales à tous les enfants », qui charge le Conseil fédéral de modifier l'article 64a LAMal afin de garantir aux mineurs l'accès aux prestations médicales, même lorsque leurs parents ne paient plus leurs primes.

En parallèle, l'analyse faite par l'OFSP démontre que l'introduction de ces listes n'a pas amélioré le recouvrement des primes impayées par les assuré-e-s, mais a, au contraire, mis en danger la santé des populations économiquement défavorisées, avec une issue fatale pour un patient atteint du VIH, car son traitement n'avait pas été pris en charge par sa caisse maladie.

Aujourd'hui, la majorité des cantons n'ont pas recours à des listes de mauvais payeurs. Ce sont uniquement les cantons d'AG, LU, SG, SH, TG, TI et ZG qui font encore usage de cette pratique épouvantable. Résultat, la population de ces cantons n'a pas les mêmes droits et garanties aux soins.

Le PS Suisse a, à maintes reprises, dénoncé ce système, et, c'est pourquoi il se félicite que la CSSS-E propose enfin l'abandon des listes de mauvais payeurs.

La proposition d'une minorité de la commission (Häberli-Koller, Bischof, Kuprecht, Müller Damian), qui souhaite maintenir la possibilité de tenir des listes de mauvais payeurs et de suspendre les prestations, mais en introduisant une définition pour les prestations de médecine urgente, est une proposition qui doit être combattue fermement. La définition restrictive pour



les prestations de médecine urgente qui en découlerait risque de conduire à nouveau à des drames. De plus, la suspension des prestations de soins, en plus de mettre en danger la santé des patient-e-s concerné-e-s, peut également représenter, notamment en cas de maladies infectieuses, un danger pour la santé publique.

Les mineurs ne seront plus les débiteurs de primes et/ou de la participation aux coûts

Le fardeau de la dette des primes et de la participation aux coûts accumulée par les parents et qui incombe aux jeunes adultes dès leur majorité est une aberration. Ces jeunes adultes sont donc pénalisés dès le début de leur vie d'adulte en se retrouvant dans une situation grave d'endettement, ce qui creuse davantage les inégalités.

C'est pourquoi le PS Suisse salue la concrétisation des motions 17.3323 « Non-paiement des primes d'assurance-maladie. Pour que les parents restent les débiteurs des primes de leurs enfants » et 18.4176 « LAMal. Les parents restent débiteurs des primes des enfants à charge ».

L'obligation de passer à une forme d'assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations

Aux yeux du PS Suisse, il n'est pas opportun de contraindre l'assuré à prendre une forme d'assurance avec un choix limité de fournisseurs. En effet, cette mesure est contre-productive, car elle contraint les patient-e-s à changer de médecin, si celui-ci n'est pas dans les modèles alternatifs de la caisse. Ainsi, le suivi thérapeutique peut être interrompu, avec à la clé le risque d'une baisse de la qualité de la prise en charge des patient-e-s.

De plus, cette mesure ne permet en aucun cas aux assuré-e-s de sortir de la spirale de l'endettement. Par ailleurs, elle peut même, à terme, inciter les assureurs à prévoir des modèles exclusivement pour les mauvais payeurs. Ainsi, nous rejetons cette mesure.

Le nombre de poursuites engagées contre le même assuré est au maximum de 4 par année

Le PS Suisse est favorable à une limitation du nombre de poursuites possibles par année. Néanmoins, nous sommes de l'avis que le nombre de quatre poursuites par année est encore excessif.

De plus, il serait nécessaire de proposer d'autres mesures afin de freiner le surendettement des assuré-e-s et leur permettre de retrouver les chiffres noirs. Notamment, il est impératif que lors de la saisie des revenus du débiteur par les offices de poursuites, dans le calcul du minimum vital, les primes d'assurance-maladie obligatoire ainsi que les arriérés de paiement de primes soient pris en compte. Il est, en effet, absurde qu'aujourd'hui une personne, en situation de saisie de revenus pour le paiement d'une dette, ne puisse plus payer ses primes maladie.



Les solutions proposées pour la gestion des actes de défaut de biens

Le système actuel de gestion des créances et des actes de défaut de biens ne donne pas entière satisfaction à certains cantons et présente certaines limites. En effet, dans le cas où l'assuré-e arriverait finalement à régler sa dette auprès de sa caisse maladie, celle-ci ne rétrocéderait au canton que 50% du montant. Ainsi, à la fin de l'opération, les collectivités publiques enregistreraient une perte d'au moins 35% alors que les assureurs recevraient jusqu'à 135% de la créance initiale.

La nouvelle solution proposée par la CSSS-E permet une cession des actes de défaut de biens au canton avec l'acquittement de 90% des créances. Aux yeux du PS Suisse c'est une solution favorable, car elle permet aux assuré-e-s – dont les actes de défaut de biens ont été cédés au canton – d'avoir la possibilité de changer d'assureur et de forme d'assurance s'ils le souhaitent, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Néanmoins, le PS Suisse comprend l'intention de la CSSS-E de proposer la coexistence des deux modèles de gestion des actes de défaut de biens comme une voie médiane afin que chaque canton puisse avoir le choix ou non de gérer lui-même les actes de défaut de biens.

Toujours plus de ménages suisses sont sous pression et toujours plus de primes impayées

Depuis plusieurs années, plusieurs cantons baissent massivement le seuil d'accès aux subsides pour l'assurance-maladie (réduction individuelle de prime RIP), de telle sorte que de moins en moins de personnes et de familles peuvent en bénéficier.

Le Canton de Lucerne est allé trop loin dans cette pratique et a été rappelé à l'ordre par le Tribunal fédéral en janvier 2019.

Concrètement, en 2012, 29 % des résidents suisses recevaient une RIP, selon les chiffres de l'OFSP. En 2017, ils n'étaient que 26,4 %. En valeur absolue, cela représente une baisse de près de 100'000 bénéficiaires, alors que dans la même période la population résidente augmentait de 500'000 personnes.

Le monitoring de la réduction de prime de l'OFSP montre que les ménages suisses sont toujours plus sous pression ; dans douze cantons, la charge des primes d'assurance-maladie sur le revenu disponible des ménages dépasse 15 %. Dans les cantons de ZH, LU et BS, cette charge s'élève à 16 %. Dans le canton de BE, NE et GE, elle est de 17 %. Enfin, dans les cantons du JU et BL, elle s'élève à 18 %.

D'autre part, les primes impayées sont en forte hausse ; les montants que les cantons versent aux caisses maladie pour honorer les paiements en souffrance dans l'assurance obligatoire sont passés de 149 millions de francs en 2009 à 385 millions en 2018 (chiffres de la statistique sur l'assurance-maladie obligatoire publiée par l'OFSP).



Ces chiffres démontrent que la charge des primes sur les ménages suisses conduit inexorablement à des situations dramatiques. Ainsi, pour freiner cette spirale infernale, dans un système de santé financé par les primes par tête et non pas en fonction du revenu, il est désormais impératif d'instaurer un correctif: la charge des primes ne doit pas dépasser le 10% du revenu disponible du ménage. L'initiative d'allègement des primes du PS Suisse, qui sera bientôt traitée par le Parlement, demande expressément cela.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à nos remarques, nous vous prions de recevoir, Monsieur le Président de la CSSS-E, Mesdames, Messieurs les membres de la CSSS-E, Mesdames, Messieurs, nos meilleures salutations.

Parti socialiste suisse

Christian Levrat
Président

Anna Nuzzo
Secrétaire politique

aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 2. Oktober 2020

16.312 Standesinitiative. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten: Vernehmlassungsantwort der SVP Schweiz

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident,

Die SVP Schweiz ist mit der Ergänzung des KVG betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht mit einer Ausnahme einverstanden: Den Kantonen soll es nicht untersagt werden, Listen mit säumigen Prämienzahlenden zu führen.

Zu den einzelnen Inhalten der Vorlage nimmt die SVP Schweiz wie folgt Stellung:

- Als Umsetzung der Motionen 17.3323 und 18.4176 sollen junge Erwachsene nicht mehr für Prämien und Kostenbeteiligungen belangt werden können, die während ihrer Minderjährigkeit angefallen sind. Die Eltern haben ihren Pflichten und damit auch ihrer Vorbildfunktion ihren Kindern gegenüber nachzukommen.
- Die Krankenversicherer sollen die säumigen Versicherten höchstens viermal pro Jahr betreiben dürfen. Da die Masse der Betreibungen nur eine bis drei Monatsprämien umfasst und pro Betreibung bis zu 200 Franken Kosten anfallen, ist es angebracht, mit dieser jährlichen Höchstzahl einer administrativen Mengenausweitung entgegenzuwirken.
- Kantone, die 90 Prozent der ausgewiesenen Forderungen der Krankenversicherer übernehmen, können neu die Verlustscheine übernehmen und selbst bewirtschaften. Damit wird die Forderung der vorliegenden Standesinitiative erfüllt. Diese neue Möglichkeit ist eine Alternative zur weiterhin bestehenden Regelung, wonach der Kanton 85 Prozent der Forderung übernimmt, der Versicherer den Verlustschein behält und 50 Prozent von allfälligen späteren Zahlungen an den Kanton zurückerstattet.
- Die SVP ist mit der ersten der beiden Varianten nur zum Teil einverstanden, welche die Kommission zu den kantonalen Listen mit säumigen Prämienzahlenden unterbreitet.
 - Die Mehrheit der Kommission schlägt vor, das Führen solcher Listen künftig nicht mehr zu erlauben. Die Krankenversicherer sollen säumige Prämienzahlende neu in einem günstigeren Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers versichern.
 - Die Minderheit der Kommission spricht sich dafür aus, den Kantonen zusätzlich weiterhin zu erlauben, solche Listen zu führen. Der Begriff der Notfallbehandlungen soll aber schweizweit festgelegt werden.

Aus Sicht der SVP handhaben einzelne Kantone diese Liste aufwändig, aber effektiv, weshalb ein generelles Verbot nicht angebracht scheint. In Kantonen ohne solche Listen sollen die säumigen Prämienzahlenden aber zumindest im medizinisch verantwortbaren Mass zu spüren bekommen, dass unser Gesundheitswesen kein Selbstbedienungsladen ist. Hier ist eine landesweit einheitliche Definition des Notfalls aber unerlässlich.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und grüssen Sie freundlich.

SCHWEIZERISCHE VOLKSPARTEI

Der Präsident



Marco Chiesa, Ständerat

Der Generalsekretär



Emanuel Waeber



E-Mail: raphael.noser@gruene.ch

Eidgenössisches Departement des
Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

05. Oktober 2020

16.312 Standesinitiative. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten; Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident,

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Zusammenhang mit der im Titel vermerkten Vernehmlassung haben Sie die GRÜNEN zur Stellungnahme eingeladen. Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, uns zur Vorlage zu äussern.

Zwingende Abschaffung der schwarzen Listen

Seit mittlerweile zehn Jahren haben die Kantone die Möglichkeit, Versicherte, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen, auf einer Liste zu erfassen und ihnen den Zugang zu medizinischen Leistungen bis auf nicht weiter definierte Notfallbehandlungen zu verwehren. Dies mit dem Ziel, die 'Zahlungsmoral' der Versicherten zu verbessern. Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass dieses Experiment fatale Folgen gehabt hat und gescheitert ist. Zu nennen ist etwa der tragische Tod eines Mannes im Kanton Graubünden, welchem die Krankenkasse die Finanzierung der notwendigen Medikamente verweigert hat. Medial aufgearbeitet wurden auch Fälle, in welchen Chemotherapien verweigert oder die Kosten im Zusammenhang mit einer Geburt nicht übernommen wurden. **Die GRÜNEN fordern die Kommission deshalb mit Nachdruck dazu auf, an der Abschaffung der schwarzen Listen und der damit verbundenen Leistungseinschränkungen wie geplant festzuhalten.** Die heute praktizierten Leistungseinschränkungen stehen nicht zuletzt im Widerspruch zur Bundesverfassung, welche in Artikel 41 postuliert, dass «jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält».

Die Haltung der bürgerlichen Minderheit, welche an den schwarzen Listen festhalten will, ist für die GRÜNEN sowohl unverständlich als auch zynisch. Diese Minderheit geht fälschlicherweise davon aus, dass nicht bezahlte Rechnungen Ausdruck einer fehlenden Zahlungsmoral – und nicht der seit Jahren steigenden Krankenkassenprämien und den damit einhergehenden Existenznöten – sind. Es verwundert darum auch nicht, dass sich die Listen in dieser Hinsicht als absolut wirkungslos erwiesen haben. Die dramatisch steigenden Zahlungsausstände weisen vielmehr darauf hin, dass Bund und Kantone endlich – und rasch – die Prämienbelastung der Haushalte senken und die unsolidarische Finanzierung des Gesundheitssystems grundlegend überarbeiten müssen.

Neben den bereits erwähnten gravierenden Folgen für die Versicherten weisen die GRÜNEN auch auf die aus ethischer Sicht stossenden Aspekte der von der Minderheit geforderten Fortführung des Status Quo hin. Die aktuelle Regelung steht nicht nur im Widerspruch zur Bundesverfassung, sie gefährdet auch die medizinische Versorgung von ökonomisch schwachen Bevölkerungsgruppen und führt somit faktisch zu einer – für eines der reichsten Länder der Welt unzumutbaren – Zweiklassenmedizin.

Weitere Bemerkungen

Über diese grundsätzlichen Bemerkungen hinaus weisen die GRÜNEN insbesondere auf folgende Aspekte des Vernehmlassungsentwurfs hin:

- Die GRÜNEN unterstützen ausdrücklich den Vorschlag der Kommission, dass Minderjährige nicht mehr für in der Vergangenheit akkumulierte Prämienschulden aufkommen müssen, sobald sie volljährig werden.
- Die GRÜNEN unterstützen das Anliegen der Kommission, eine maximale Anzahl von Betreibungen festzulegen. Die GRÜNEN fordern jedoch eine Begrenzung auf höchstens zwei Betreibungen pro Jahr. Um zu verhindern, dass Versicherer ein Geschäft mit den Zahlungsausständen ihrer Versicherten betreiben, sind die entsprechenden Gebühren auf ein gesetzlich definiertes Minimum zu beschränken. Seitens der Kantone bzw. der Betreibungsämter müssen Krankenkassenprämien und die Kostenbeteiligungen zudem ins betreibungsrechtliche Existenzminimum miteinbezogen werden.
- Die GRÜNEN lehnen es ab, dass säumige Versicherte zu einem bestimmten Versicherungsmodell gezwungen werden können. Nach Ansicht der GRÜNEN stellt dies ein Anreiz für die Krankenkassen dar, Versicherungsmodelle mit noch tieferen Leistungen gezielt für Versicherte mit Zahlungsausständen zu lancieren.
- Die GRÜNEN erachten es als nicht zielführend, dass Verlustscheine bei entsprechend erhöhter Forderungsübernahme von den Versicherern an die Kantone übergehen können. Sie lehnen diese Bestimmung folglich ab.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und bitten Sie, die Vorlage entsprechend anzupassen. Für Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Balthasar Glättli
Präsident



Raphael Noser
Fachsekretär

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Alternative Liste

Abkürzung der Organisation : AL

Adresse : Molkenstrasse 21, 8004 Zürich

Kontaktperson : David Winizki

Telefon : 044 242 19 45

E-Mail : sekretariat@al-zh.ch

Datum : 5. Oktober 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	Erreur ! Signet non défini.
Weitere Vorschläge	4

Allgemeine Bemerkungen	
Name	Bemerkung/Anregung
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	Das schweizerische Gesundheitswesen ist wohl eines der qualitativ besten, aber gleichzeitig auch das sozial am ungerechtesten finanzierte Gesundheitswesen aller OECD-Länder. Die Indikation zur Änderung der Art. 3 und 5 sowie 64a des KVG sind Ausdruck dieser Misere: 1. Das ärmste Quintil der Bevölkerung zahlt rund einen Sechstel ihres verfügbaren Haushaltseinkommens für Krankenkassenprämien. 2. Rund 5 % der Bevölkerung wird wegen ausstehender Krankenkassenprämien betrieben. 3. Die Summe der Verlustscheine wegen Prämien schulden übersteigt bald 400 Millionen oder 1,5% des gesamten Kosten der OKP. Es wird heute, 10 Jahre nach Änderung des Artikels 64a, kaum mehr bestritten, dass diese Prämien ausstände meist nicht zahlungsunwillige sondern zahlungs unfähige Personen betreffen, die zu allem armutsbedingten Elend hinzu auch noch für alle OKP-Leistungen gesperrt werden ausser «Notfällen», welche auch zu allem Überdru ss weder definiert noch definierbar sind! Diese Misere führt nicht nur zu grossem individuellen Leidensdruck (Ängste, Depressionen, psychosomatische Erkrankungen) sondern auch zu riesigen Kosten: 1. Neben den rund 400 Millionen Franken für Verlustscheine entstehen 2. höchstwahrscheinlich noch höhere Kosten für das Mahn- und Betreibungswesen sowie für 3. teure stationäre Behandlungen von schwer kranken Prämien schuldn er*innen, welche wegen Leistungssperren zu den günstigeren ambulanten Behandlungen keinen Zugang hatten. Die Mehrkosten dürften sich summarum wahrscheinlich auf gegen eine Milliarde Franken pro Jahr beziffern. Kostendämpfungsmassnahmen lassen grüssen!

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht) Vernehmlassungsverfahren

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	3 + 5 64 64a	1bis 1bis		Wir sind mit den Änderungen einverstanden	Jugendlichen, welche in einem Haushalt sozialisiert wurden, in welchem Schulden zum Alltag gehörten, sollte beim Erreichen der Volljährigkeit zwingend eine tiefschwellig zugängliche, umfassende und nachhaltige Budget- und Laufbahnberatung angeboten werden.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	64a	2		Vier Betreibungen pro Jahr kosten doppelt so viel wie zwei und bringen kaum mehr ein als zwei.	... Eine Person darf in einem Kalenderjahr höchstens je zwei Mal ...
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	64a 64a	4 + 5 7 bis		Die Verluste der Krankenversicherer werden zwangsläufig auf die eh schon hohen Krankenkassenprämien übergewälzt, welche die Armen und Verschuldeten mehr belasten als die Reichen, was wiederum die Prämien schulden in die Höhe treibt. Der Staat soll deshalb diese Ausstände komplett übernehmen. Die Krankenkassen sind übrigens für diese Missstände auch nicht verantwortlich sondern die Politik – sie soll die Suppe gefälligst selber auslöffeln. Es leuchtet uns nicht ein, warum bei Prämien schulden Betroffene mit einer «Zwangs-Hausarztversicherung» «bestraft» werden sollen.	<u>Abs. 4</u> streichen <u>Abs. 5:</u> Der Kanton übernimmt 100 % der ausstehenden Forderungen, dabei geht der Verlustschein vollständig an ihn über. <u>Kapitel II, Abs. 1.</u> Streichen Ersatzlose Streichung

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Erreur ! Source du renvoi introuvable.		OKP-Leistungseinschränkungen mit den sogenannten schwarzen Listen wegen Prämienausständen sind 1. <u>Ungerecht</u>: Schuldner*innen gehören höchstwahrscheinlich zum untersten Einkommensquintil und beziehen keine IPV, weil sie dazu entweder sprachlich-administrativ zu unbeweglich oder weil sie zu stolz sind. 2. <u>Unethisch</u>: Nicht nur Betroffene von HIV, sondern auch solche von Diabetes, Herzinsuffizienz, Depressionen usw. könnten gesundheitliche Beschwerden, Schäden oder gar den Tod erleiden, wenn sie die Prämien nicht bezahlen (können!). 3. <u>Kostentreiber</u>: Stationäre Gesundheitsreparaturen kosten in der Regel mehr als die verweigerten ambulanten Interventionen,	
--	--	---	--

Departement für Alter und Gesundheit

Haus Sapone
Zürcherstrasse 86
8501 Frauenfeld
Tel. 052 724 55 14
Fax 052 724 55 19
www.frauenfeld.ch



Frauenfeld, 2 Oktober 2020

Kontakt Urban Kaiser

Direkt 052 724 55 14

e-mail urban.kaiser@stadtfrauenfeld.ch

Ständerat

Kommission für Soziale Sicherheit und
Gesundheit

3003 Bern

elektronischer Versand

aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch

gever@bag.admin.ch

**16.312/Standesinitiative Thurgau zu Art. 64a KVG
Erfahrungen der Stadt Frauenfeld mit säumigen Prämienzahlern**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident

Das Thurgauer Departement für Finanzen und Soziales hat uns gebeten, aus Sicht einer Stadt ergänzend zur Vernehmlassung 16.312 Kt. lv. TG Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung eine Stellungnahme zuhanden Ihrer Kommission abzugeben

Die Stadt Frauenfeld steht seit Einführung der Liste säumiger Prämienzahler (LSP) im Jahr 2007 mit Überzeugung hinter diesem Instrument. Seit 2008 wurde die hierfür zuständige Krankenkassenkontrollstelle personell laufend ausgebaut, um Personen mit Prämien-Ausständen nachhaltig zu unterstützen (auch bereits vor der ab 2015 kantonalen Pflicht für ein aktives Case Management). In den Legislaturschwerpunkten 2019-2023 ist die Reduktion von Personen auf der LSP ein formuliertes Ziel. Das Frauenfelder Parlament stützt den Stadtrat und hat zuletzt im Dezember 2019 eine weitere 60%-Stelle fürs Case Management bewilligt.

Die Stadt Frauenfeld hat 25'622 Einwohner (Stand 31.12.19). 6'815 Personen erhalten Prämienverbilligungen (Jahr 2019). Ende 2016 waren rund 750 Personen auf der LSP, Ende 2019 waren es rund 495 Personen (knapp 2% der Einwohner). Unser Ziel ist eine Stabilisierung bei 400 Personen. Mit entsprechenden Bemühungen erreichten wir innert 3 Jahren eine Reduktion von rund 250 Personen.

Der Stadt Frauenfeld ist es ein grosses Anliegen, dass alle Einwohnerinnen und Einwohner krankenkassenversichert sind und jene in engen finanziellen Verhältnissen die ihnen zustehenden Prämienverbilligungen erhalten. Es wird laufend informiert; bei Wunsch werden auch (ehrenamtlich tätige) Personen vermittelt, die beim Ausfüllen der Steuererklärung helfen. Häufig bewegen sich Personen mit Prämien-Ausständen in einem Teufelskreis von knappen Finanzen und administrativer Überforderung.

Entsprechende Personen werden mehrfach angeschrieben, damit es zu einem persönlichen Kontakt kommt oder sie motiviert werden, von sich aus die Krankenkassenausstände zu begleichen. Wenn Kooperationsbereitschaft besteht und die betroffenen Personen die aktuellen Prämien bezahlen können, werden ausstehende KK-Prämien bezahlt und mit den Personen Rückzahlungsvereinbarungen (in der Regel in bescheidenen Umfang) getroffen. Werden die Rückzahlungen eine bestimmte Zeit gemacht, wird der Restbetrag in der Regel abgeschrieben. Nur wenn

betroffene Personen befähigt werden, ihre künftigen Prämien selber zu zahlen (bei Bedarf mit IPV), ist es nachhaltig.

Werden Prämienausstände bzw. Verlustscheine einfach durch die öffentliche Hand bezahlt - ohne Einfluss auf das Finanzgebaren der betroffenen Person - ist das nicht nachhaltig. Neue Ausstände sind die fast logische Folge. Ohne LSP besteht praktisch keine Handhabe und/oder Motivation, sich um die betroffenen Einwohner zu kümmern. Nach unseren Erfahrungen handelt es sich dabei in den allermeisten Fällen um Personen, die an der Armutsgrenze leben und denen nur in der Kombination von Beratung und Zahlung der Ausstände wirklich geholfen werden kann.

Die Stadt Frauenfeld übernimmt seit Einführung der LSP regelmässig in erheblichem Umfang Prämienausstände in der Überzeugung, dass dieses Geld besser investiert ist als die «anonyme» Zahlung von Verlustscheinen. Bereits im Jahr 2007 hatten wir unter diesem Titel Ausgaben von gut 360'000 Franken, die Ausgaben sind schwankend je nach Bedarf. Im Jahr 2019 waren es gut 500'000 Franken.

Dank konsequenter Inkassobemühungen kann die Stadt Frauenfeld bei Prämienausstands-Klienten auch erhebliche Rückerstattungen einbringlich machen, dies ist aber nicht der wesentliche Teil des Case Managements.

Dass das Instrument der LSP wirksam ist, scheint uns durch den Bericht des BAG 6/2020 belegt (https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/stat/publications-aos/statistik-oblig-kv-2018.pdf.download.pdf/DE_StatKV2018_200528.pdf)

Über die Handhabung bei uns hat die welsche Tagesschau am 9. Juni 2020 einen Bericht gemacht (<https://www.rts.ch/play/tv/redirect/detail/11388233?startTime=1197>)

Bei uns ist die LSP ein soziales Frühwarnsystem, eine vorgelagerte Sozialhilfe ohne Stigmatisierung als Sozialfall – die LSP gibt den Betroffenen die Motivation, sich bei uns zu melden und staatliche Unterstützung anzunehmen. Auch die administrative Unterstützung wird in der Regel – nach ersten Vorbehalten – dankbar angenommen. Die Betroffenen sind froh, wenn sie – zusammen mit uns – ihre Versicherungssituation bereinigt haben. Wir nutzen auch ein Netzwerk weiterer Dienstleister wie (Pro Senectute, Schuldenberater, Soziale Dienste, usw.)

Die Rechtsunterzeichnende ist seit Einführung der LSP im Amt. Probleme, dass jemand wegen der LSP nicht behandelt wurde, gab es in den letzten 13 Jahren eigentlich nie. Vor einigen Jahren dauerte es einzig bei unkooperativen Eltern eher lang, bis deren Kinder von der LSP kamen und diese psychotherapeutische Behandlung erhielten. Kinder sollen neu jedoch nicht mehr auf der der Thurgauer LSP sein, was wir unterstützen.

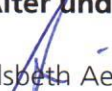
Wir sehen nicht ein, warum unser Erfolgsmodell ohne Not bundesrechtlich abgeschafft werden soll. Für weitere Auskünfte stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

**Amt für
Alter und Gesundheit**


Urban Kaiser
Amtsleiter

**Departement für
Alter und Gesundheit**


Elisabeth Aepli
Stadträtin



Thomas-Bornhauser-Strasse 23a
8570 Weinfelden

Telefon +41 71 622 07 91

www.vtg.ch
info@vtg.ch

P.P. VTG, Thomas-Bornhauser-Str. 23a, 8570 Weinfelden

Ständerat
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

elektronischer Versand
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Weinfelden, 1. Oktober 2020

Stellungnahme 16.312 Kt. Iv. TG Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Der Verband Thurgauer Gemeinden, VTG hat vom Regierungsrat des Kantons Thurgau Kenntnis über die Vernehmlassung 16.312 Kt. Iv. TG Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung erhalten. Wir erlauben uns ergänzend zur Stellungnahme des Thurgauer Regierungsrates unsere Sichtweise mitzuteilen.

Mit der Liste säumiger Prämienzahler (LSP), wie sie im Kanton Thurgau angewendet wird, erhalten Gemeinden früh Kenntnisse über Prämienausstände und können ihre Einwohner aktiv unterstützen. Die LSP als Instrument ist ausschlaggebend für die staatlichen Unterstützung in Form eines Case Managements (CM). Das CM in den Thurgauer Gemeinden funktioniert gut, Leistungsaufschübe können aufgehoben und Betroffene in einem frühen Stadium beim Schuldenabbau unterstützt werden, zudem zeigt die hohe Rückerstattungsquote, dass sich der Aufwand lohnt.

Der VTG unterstützt die Stellungnahme des Thurgauer Regierungsrates vollumfänglich. Die Abschaffung der LSP verunmöglicht ein aktives Case Management, wie es sich im Thurgau bewährt hat.

Wir danken Ihnen für die Kenntnisnahme.

Freundliche Grüsse

VERBAND THURGAUER GEMEINDEN

Kurt Baumann
Präsident

Andrea Waltenspül
Sekretariat

Kopie an:

- Regierungsrat Urs Martin, Chef DFS
- Amt für Gesundheit Sonja Renner

KONFERENZ DER STADTAMMÄNNER VON ZÜRICH

Präsident: de Mestral Yves, Stadtmann, Stadtmannamt Zürich 3, Sihlfeldstrasse 10, 8036 Zürich, 044 412 01 80
Vizepräsidentin: Sigg Marion, Stadtmann, Stadtmannamt Zürich 2, Ulmbergstrasse 1, 8027 Zürich, 044 412 03 55
Kassier: Müller Christian, Stadtmann, Stadtmannamt Zürich 7, Witikonerstrasse 15, 8032 Zürich, 044 412 04 51
Protokollführer: Steiger Peter, Stadtmann, Stadtmannamt Zürich 9, Hohlstrasse 550, 8048 Zürich, 044 412 05 05

Ständerat
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

Zürich, 2. Oktober 2020

16.312 Standesinitiative. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten – Vernehmlassungsverfahren

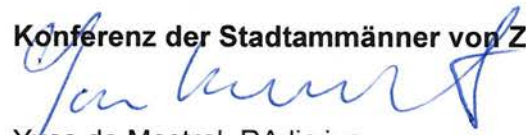
Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren Ständeräte
Sehr geehrte Damen und Herren

Im Namen der Konferenz der Stadtmänner Zürich bedanken wir uns höflich, uns zur Vernehmlassungsvorlage äussern zu dürfen.

In der Beilage lassen wir Ihnen auf dem elektronischen Wege eine Vernehmlassung zu Art. 64a KVG zukommen. Wir haben uns erlaubt, auch die Revision von mehreren weiteren Artikel im KVG und KVV anzuregen und gewisse zusätzliche Informationen zu liefern.

Mit freundlichen Grüssen

Konferenz der Stadtmänner von Zürich


Yves de Mestral, RA lic.iur.
Präsident

Beilage:
erwähnt

Mitglied der

Konferenz der Betreibungs- und Konkursbeamten der Schweiz
Conférence des préposés aux poursuites et faillites de Suisse
Conferenza degli ufficiali di esecuzione e fallimenti della Svizzera
Conferenza dals funcziunaris da scussun e falliment da la Svizra



**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Konferenz der Stadtammänner Zürich

Abkürzung der Organisation : KdSZ

Adresse : c/o Stadtammann- & Betreibungsamt Zürich 03, Sihlfelstr. 10, Postfach, 8036 Zürich

Kontaktperson : RA lic.iur. Yves de Mestral, Stadtammann

Telefon : 044 412 01 80

E-Mail : yves.demestral@zuerich.ch

Datum : 02.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2
Weitere Vorschläge	4

Allgemeine Bemerkungen

Name	Bemerkung/Anregung
KdSZ/de Mestral Yves	Die Konferenz der Stadtammänner Zürich bedankt sich für die ihr eingeräumte Möglichkeit, zum ständerätlichen Vernehmlassungsentwurf aufgrund der Standesinitiative Thurgau Stellung nehmen zu dürfen. Im Grundsatz werden die darin aufgeworfenen Änderungen begrüsst – die Beibehaltung der 85 Prozent-Regelung mit Verbleib des Verlustscheines bei den Krankenversicherern sollte jedoch im Sinne von KVG 64a V gestrichen werden.
Fehler! V erweisquelle konnte nicht gefunden werden. KdSZ/de Mestral Yves	Bei der Konferenz der Stadtammänner Zürich handelt es sich um einen Zusammenschluss der Stadtammann- und Betreibungsämter der Stadt Zürich, welcher vor knapp 100 Jahren gegründet worden ist. Die Mitglieder der Konferenz werden vom Volk gewählt und sie sind sich somit gewohnt, sich mit rechtspolitischen Fragestellungen detailliert und differenziert auseinander zu setzen und sich ggf. auch politisch zu äussern.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
KdSZ/ de Mestral Yves	64a	II		Eine Beschränkung auf vier Betreibungen pro Kalenderjahr pro versicherte Person (und deren unterhaltsberechtigzte Angehörige) ist sinnvoll und wichtig. Eine höhere Frequenz erscheint aus den im Bericht genannten Gründen unangemessen – eine tiefere Frequenz kann, wie ebenfalls im Bericht zutreffend ausgeführt wird, dazu führen, dass eine zu	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

			grosse, aufgelaufene Prämienlast eine versicherte Person resigniert und sie ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit einschränkt. Fortan ungelöst wäre aber die Problematik, dass einzelne Krankenversicherer <i>jede</i> ausstehende Prämie <i>pro</i> Person je 2-mal schriftlich (gem. KVG 64a I resp. KV 105b) abmahnen und dabei, gestützt auf die einschlägige bundesgerichtliche Rechtsprechung, zwei Mahnschreiben à Fr. 30.- verrechnen – was in der Summe pro versicherte Person Fr. 720.- pro Jahr zusätzlich ausmacht (was rund 15 Prozent der effektiven Prämienforderung ausmacht). Somit sollte KVG 64a I entsprechend ergänzt und KVV 105b auf die <i>Geltendmachung von Gebühren im Betreibungsverfahren</i> reduziert werden. Im Vergleich: in der GebV SchKG 9 I wird ein nicht besonders tarifiertes Schriftstück mit Fr. 8.- verrechnet (dabei handelt es sich in aller Regel um eine individualisierte Verfügung und nicht, wie bei den Krankenversicherern, um ein computerisiertes und maschinell versandtes Standardschreiben). Vgl. unten eventualiter zum Erfordernis der Gebührenbefreiung für Mahnschreiben den Antrag auf Erstellung eines Gebührentarifs im Anhang zur KVV.	<i>KVG 64a I:</i> (...), nach mindestens einer schriftlichen, <u>aber gebührenbefreiten</u> Mahnung, eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, (...)
KdSZ/de Mestral Yves	64a	IV & V	Aufgrund der mangelnden Nachvollziehbarkeit resp. der Unmöglichkeit einer seriösen Revision im Sinne von KVV 105j (vgl. die Ausführungen unten unter KVV 105j), ist auf die Aufbewahrung der Verlustscheine durch die Versicherer resp. deren "Nachinkasso" gemäss KVG 64a IV i.f. zu verzichten – KVG64a IV sei somit gänzlich zu streichen. <u>Eventualiter</u> sei hier bereits geltend gemacht, dass, sollte dem Antrag auf Streichung von KVG 64a nicht entsprochen werden, die Versicherer zu verpflichten seien, dem Kanton, zwecks nachvollziehbares Controlling, für jeden (im Sinne von KVG 64a	<i>KVG 64a IV sei zu streichen.</i> <i>KVG 64a V sei wie folgt zu formulieren:</i> Übernimmt der Kanton zusätzlich fünf <u>Der Kanton übernimmt 90 Prozent der Forderungen, die der Versicherer ihm nach Absatz 3 bekanntgegeben hat. Der Versicherer tritt dem Kanton in der Folge diese Forderungen ab.</u> Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung. In diesen Fällen kann die versicherte Person den Versicherer und die

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				IV) geltend gemachten Verlustschein eine Kopie dieses Verlustscheines und eine Kopie des diesem Verlustschein zu Grunde liegenden Betreibungsbegehrens zu übermitteln.	Versicherungsform in Abweichung der Absätze 6 und 7bis wieder wechseln.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

Weitere Vorschläge					
Name	Art.	Bemerkung/Anregung			Textvorschlag
KdSZ/de Mestral Yves	KVV 105b II	In den letzten Jahren ist zunehmend festzustellen, dass die Verzugsschäden, welche von den Krankenversicherern von den säumigen Versicherten verlangt werden, sich stetig erhöhen. Nicht selten sind Zuschläge von 15 – 25 oder gar 40 Prozent zur in Betreibung gesetzten Prämienforderung festzustellen. Demgemäss muss der Grad der "Angemessenheit" solcher Verzugsschäden deshalb nicht ohne Grund in Frage gestellt werden. Diese doch ziemlich willkürlich anmutenden Zuschläge dürfen im Rahmen der Refinanzierung der Verlustscheine der Kantone an die Krankenversicherer nicht telquel den Steuerzahlenden überbunden werden. Nota bene, werden im selben Ausmasse, wie die Steuerzahlenden für die genannten Ausfälle aufkommen, auch die Passiven der schuldnerischen Personen erhöht, was deren Motivation zur Entwicklung ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit direkt desavouiert. Der zuweilen anzutreffende saloppe Hinweis auf ausführliche und häufig sehr abstrakt formulierte AGB einer Grundversicherung kann keine ausreichende Grundlage für übermarchende Verzugsschäden darstellen. Die Krankenversicherer unterliegen punkto Grundversicherung zwar einem faktischen Kontrahierungszwang, dies entbindet sie aber nicht von der sozialpolitischen Verantwortung zu einer angemessenen Geschäftspolitik - wo sie doch über mannigfache Privilegien einer sozialen Krankenversicherung verfügen: Rechtsvorschlagbeseitigung in eigener Regie, Einrechnung der KK-Prämien ins betreibungsrechtliche Existenzminimum, Kollokations-Privilegierung gem. SchKG 219 IV 2. Kl. lit. c, Refinanzierung von 85 % gem. KVG 64a. Aufgrund der eingeräumten Privilegien kann von einer Sozialversicherung verlangt werden, dass die Inkasso-Politik			<i>KVV 105bII:</i> Verschuldet die versicherte Person Aufwendungen, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, so kann der Versicherer angemessene Bearbeitungsgebühren erheben, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten eine entsprechende Regelung vorsieht. <u>Nähere Einzelheiten werden im Anhang zur KVV geregelt.</u>

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

		sich in angemessenem Rahmen abspielt – heute ist dies viel zu häufig nicht der Fall. Dies legitimiert einen gesonderten Anhang über die Tarife, welche die Krankenversicherer für Verzugsschäden geltend machen dürfen – analog der GebV SchKG (vgl. hierzu auch die Interpellation Bea Heim 19.4238: https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20194238). Punkto Rechtsvorschlagsbeseitigung in eigener Regie lässt sich abschliessend ergänzen, dass dieser nicht nur ein fataler Systemeinbruch darstellt sondern auch rechtsstaatlich durchaus als hoch fragwürdig zu bezeichnen ist. Überaus stossend ist sodann, dass ein Krankenversicherer einen schuldnerischen Rechtsvorschlag nicht nur punkto den von ihr geltend gemachten Verzugsschadenforderungen beseitigen kann, sondern sich auch noch anmasst, sich selber gestützt auf SchKG 68 II für die Kosten eines Rechtsöffnungsverfahrens Rechtsöffnung zu erteilen (!) – dies obwohl diese zusätzlichen Kosten im Betreibungsbegehren nicht gefordert wurden und somit ganz grundsätzlich unzulässigerweise für diese Beträge Rechtsöffnung erteilt wird. In diesem Sinne kann das Postulat zur Statuierung eines KVV-Anhangs mit entsprechenden Tarifierungen als Kehrseite der Rechtsvorschlagsbeseitigung in eigener Regie betrachtet werden. Sofern dem Anliegen auf Einführung eines Anhangs zur KVV mit einer spezifischen Tarifierung nicht nachgekommen würde, müsste eventualiter das Verbot der Rechtsvorschlagsbeseitigung in eigener Regie durch die Krankenversicherer statuiert und die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen angepasst werden.	
KdSZ/de Mestral Yves	KVV 105j IV	Für den Fall, dass an der bisherigen 85 Prozent-Regelung (mit Verbleib des Verlustscheins bei den Krankenversicherern) festgehalten würde, werden hier <u>eventualiter</u> die folgenden Ausführungen gemacht: Gemäss KVV 105j (Ingress) überprüft heute eine vom Kanton bezeichnete Revisionsstelle die von den Versicherern geltend gemachten Forderungen. Zu den Kontrollvorgaben gehört u.a. gemäss KVV 105j I lit. e) die Überprüfung, ob der Gesamtbetrag der Forderung richtig ist und gemäss KVV 105j II lit. b) die Richtigkeit und die Vollständigkeit der Angaben des Versicherers. Gemäss Lehre zu KVG 64a III können die Krankenversicherer hingegen auch angemessene Bearbeitungsgebühren geltend machen, obwohl diese nicht ausdrücklich im Gesetzestext erwähnt sind (Basler Kommentar zum KVG, N 80 zu Art. 64a KVG, Ivo	<i>Eventualiter: KVV 105j IV</i> <u>Der Versicherer übermittelt zwecks Prüfung der Richtigkeit der geltend gemachten Forderungen dem Kanton eine Abschrift des jeweiligen Verlustscheines und des diesem zu Grunde liegenden Betreibungsbegehren.</u>

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

	BÜHLER / Cliff EGLE, Basel 2019). Diese sog. angemessenen Bearbeitungsgebühren stützen sich bekanntlich auf KVV 105b II. Gemäss Regierungsrat des Kantons Zürich https://kantonsrat-zh.talus.ch/de/politik/cdws/dok_geschaeft.php?did=9434ba626e764cab979c7d27fef0f245-332&v=1&r=PDF&filename=Antwort_RR_182-2020_Krankenkassen-Betreibungen_II_Refinanzierung_von_Verlustscheinen&typ=pdf wird seitens der Krankenversicherer im Rahmen einer Befragung angegeben, dass im Rahmen des Refinanzierungsprozesses von Ausfällen der Versicherer gestützt auf KVG 64a IV – ungeachtet der zitierten Literatur – <i>keine</i> Bearbeitungsgebühren geltend gemacht werden. Die konkrete Überprüfung dieser Angaben ist für eine externe Revisionsstelle jedoch <i>nicht</i> möglich, da das System im Kanton Zürich (und wohl in diversen anderen Kantonen) auf reiner Selbstdeklaration der Versicherer basiert. Kommt hinzu, dass selbst wenn die externen Revisionsstellen die Verlustscheine einsehen könnten, was nachweislich im Kanton Zürich nicht der Fall ist, eine Aufschlüsselung der Kosten und Gebühren gemäss KVG 64a IV nur begrenzt oder gar nicht möglich ist. Eine Aufschlüsselung in die einzelnen Bestandteile – Prämien, Zinsen, Betreibungsgebühren und Kostenbeteiligungen – resp. der Ausschluss der Geltendmachung von Bearbeitungsgebühren gemäss KVV 105b II ist – je nach der von den Betreibungsämtern als Aussteller der Verlustscheine verwendeten Software - nur möglich, wenn auf das Betreibungsbegehren als solches abgestützt wird. Nur dort sind die einzelnen von den Versicherern geltend gemachten Positionen heraus zu lesen. Dies hat zur Konsequenz, dass grundsätzlich in Zweifel gezogen wird, dass die in KVG 105j zitierte Revisionsstelle ihrem Auftrag überhaupt in zureichenden Masse nachkommen kann – weder die Selbstdeklaration der Versicherer noch ggf. die stichprobenartige Einsichtnahme in Verlustscheine vermag ausreichende Grundlage einer seriösen Revision sein. Diese Problematik bleibt so lange bestehen, wie der Verlustschein (und damit zusammenhängend eine Kopie des jeweiligen Betreibungsbegehrens) nicht an den Kanton ausgehändigt wird und eine nachvollziehbarer Prozess gewährleistet ist. In diesem Sinne ist KVV 105j um einen Absatz 4 zu ergänzen. Inwiefern die Revisionsstellen der Krankenversicherer der Ihnen obliegenden Verpflichtungen, des Ausschlusses der Geltendmachung von Verzugsschäden (Bearbeitungsgebühren) nachkommen, ist wiederum völlig offen. Da gemäss Lehre (vgl.	
--	--	--

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

		Hinweis obenstehend) Verzugsschäden (Bearbeitungsgebühren) geltend gemacht werden können, haben die Revisionsstellen keinerlei Anlass, dies genauer zu überprüfen. Als obiter dictum sei hier angeführt, dass, wenn die Revisionsstellen der Krankenversicherer effektiv ihren Verpflichtungen nachkommen würden, sie dann auch zielgerichtet verhindern würden, dass unangemessene Verzugsschäden (Bearbeitungsgebühren) gemäss KVV 105b II geltend gemacht würden – was aber nachweislich nicht der Fall ist!	
KdSZ/de Mestral Yves	KVG 64a III	Für den Fall, dass an der bisherigen 85 Prozent-Regelung (mit Verbleib des Verlustscheins bei den Krankenversicherern) festgehalten würde, werden hier <u>eventualiter</u> die folgenden Ausführungen gemacht: Gemäss nKVG 64a IV vergütet der Kanton dem Versicherer 85 Prozent der Forderungen, welche Gegenstand der Bekanntgabe nach KVG 64a III waren – konkret: ausstehende Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten. Ob indes auch Verzugsschäden geltend gemacht werden, ist ungewiss (vgl. der Hinweis oben auf den KVG-Basler Kommentar). Um dies auszuschliessen, sei dies konkret zu statuieren.	<i>Eventualiter KVG 64a III:</i> Der Versicherer gibt der zuständigen kantonalen Behörde die betroffenen Versicherten sowie, pro Schuldner und Schuldnerin, den Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse und Betreuungskosten) bekannt, die während des berücksichtigten Zeitraumes zur Ausstellung eines Verlustscheines oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben. <u>Bearbeitungsgebühren der Krankenversicherer (Mahngebühren gem. KVV 105b II) werden ausdrücklich nicht abgegolten.</u> Er ersucht die vom Kanton bezeichnete Revisionsstelle, die Richtigkeit der Daten, die er dem Kanton bekannt gegeben hat, zu bestätigen und übermittelt die Bestätigung dem Kanton. <u>Eventualiter</u>, wenn der Gebührenfreiheit gemäss KVG 64a I nicht entsprochen wird, wäre die vorstehend erwähnte

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

			Anpassung wie folgt zu ergänzen: <u>Bearbeitungsgebühren der Krankenversicherer (Mahnggebühren gem. 105b II KVV) sowie Mahnschreiben gemäss KVG 64a I werden ausdrücklich nicht abgegolten.</u>
KdSZ/de Mestral Yves	KVG 84a IV	Den Krankenversicherern sei es ausdrücklich zu verbieten, Informationen über das Zahlungsverhalten von Versicherten kommerziell zu nutzen und/oder diese Informationen oder Teile dieser Informationen an Dritte weiter zu geben. Ein Krankenversicherer verfügt hinsichtlich Zahlungsverhalten seiner Versicherten (Skonto-Abzug bei Integral-Jahres-Zahlungen vor Jahresanfang; vierteljährliche Vorab-Zahlungen; monatliche Vorab-Zahlungen; Zahlungen nur auf Mahnung hin; Betreibungsverfahren etc.) über detaillierte, sehr umfassende und sehr aussagekräftige Bonitätsdaten. Die kommerzielle Nutzung dieser Bonitätsdaten ist strikte zu untersagen – insbesondere die Zusammenführung der entsprechenden Bonitätsdaten mit anderen und/oder kommerziellen (Bonitäts-) Datensammlern.	<i>KVG 84a IV:</i> Die Versicherer sind in Abweichung von Artikel 33 ATSG befugt, den Sozialhilfebehörden oder anderen für Zahlungsausstände der Versicherten zuständigen kantonalen Stellen die erforderlichen Daten bekannt zu geben, wenn Versicherte fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nach erfolgloser Mahnung nicht bezahlen. <u>Darüber hinaus dürfen Daten, welche Aufschluss über die Bonität resp. das Zahlungsverhalten von Versicherten zulassen könnten, nicht an zusätzliche Drittpersonen weiter gegeben werden.</u>
KdSZ/de Mestral Yves	KVG64a I bis	Seit längerer Zeit ist in der Praxis der Betreibungsämter festzustellen, dass Krankenkassenprämien von den schuldnerischen Personen nicht oder zumindest nicht regelmässig bezahlt werden. Dies führt in der Schweiz alljährlich wiederkehrend zu rund 800'000 – 1'000'000 Betreibungsverfahren – was rund einem Drittel aller Betreibungsverfahren schweizweit darstellt. Diese hohe Anzahl an Betreibungsverfahren kann reduziert werden, in dem im Rahmen eines Pfändungsvollzugsverfahrens die laufenden Krankenkassenprämien direkt aus den vom Arbeitgeber eingehenden Lohnquoten bezahlt werden. Oftmals sind die schuldnerischen Personen hierzu, aus welchen Gründen auch immer, nicht in der Lage, obwohl sie an sich über ausreichende finanzielle Mittel verfügen würden – was sogleich wieder neue	<i>KVG64a I bis:</i> <u>Die Versicherer sind verpflichtet, sofern eine versicherte Person dies für sich und/oder seine Angehörigen schriftlich verlangt, Prämienrechnungen auch an Drittpersonen wie Sozialhilfebehörden, Betreibungsämter oder weitere von der versicherten Person ausdrücklich genannte Personen zuzustellen.</u>

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

		Krankenkassenbetreibungsverfahren auslöst. Durch eine direkte Überweisung der Krankenkassenprämien aus den eingehenden arbeitgeberischen Lohnquoten durch die Betreibungsämter, kann das Existenzminimum (EM) der schuldnerischen Person ausgeglichen werden und so weitere Krankenkassen-Betreibungen verhindert werden. Der entsprechende EM-Ausgleich entspricht der bundesgerichtlichen Praxis (BGE 69 III 53) – es findet keine Gläubigerbevorzugung statt! Zum Ganzen: https://www.stadt-zuerich.ch/portal/de/index/politik_u_recht/stadtammann-_undbetreibungsaeamter/ueber_die_stadtammann-_undbetreibungsaeamter/pressekonferenzen.html Die Praxis zeigt leider, dass die Krankenversicherer es zu häufig verweigern, selbst auf unterzeichnete Erklärung der versicherten Person hin, den Betreibungsämtern die entsprechenden Einzahlungsscheine für die laufenden Monatsprämien zuzustellen. Die Krankenversicherer seien hierzu explizit zu verzichten. Ein weiterer Ansatz wäre überdies, dass ein Krankenversicherer im Rahmen eines Pfändungsvollzuges grundsätzlich vom Betreibungsamt über einen Pfändungsvollzug über die versicherte Person hingewiesen wird, womit generell die Rechnungsstellung an das Betreibungsamt erfolgt. Die entsprechenden Grundlagen in SchKG und KVG wären zu schaffen. Denkbar wäre im Übrigen auch eine Lösung via SchKG 111 – eine Privilegierung der Krankenversicherer, damit ohne Betreibung ein Anschluss an eine laufende Pfändungsgruppe erfolgen könnte, womit wenigstens die Gebühren aus dem Einleitungsverfahren entfallen würden.	
KdSZ/de Mestral Yves	KVV 105i	In KVG 64a III werden die von den Kantonen den Krankenversicherern zu vergütenden Positionen (ausstehende Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreibungsgebühren) bezeichnet. Weiter wird in erster Linie der Verlustschein als Rechtstitel bezeichnet, mit welchem die Krankenversicherer beim Kanton regressieren können. In vielen Fällen ist die Durchführung eines Betreibungsverfahrens wenig sinnvoll, vor allem dann, wenn zum Vornherein feststeht, dass bei einer schuldnerischen Person nichts zu pfänden sein wird. In diesem Falle wird sogleich ein Verlustschein nach SchKG 115 I ausgestellt. Die Kosten dieses Verfahren betragen rund Fr. 150.- bis Fr. 250.- an	<i>KVV 105i II (neu)</i> <u>Als gleichwertiger Rechtstitel kann ein offizieller Solvabilitätsnachweis (Betreibungsregister-Auskunft) gelten, welcher darüber Auskunft gibt, dass in den letzten sechs Monaten über die versicherte Person, für sich selber resp.</u>

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

		Betreibungsgebühren. Hinzu kommen die von den Krankenversicherern geltend gemachten Bearbeitungsgebühren (KVV 105b II), welche rasch einmal 15 – 40 Prozent (oder gar mehr) der Grundforderung ausmachen können. Bei einer mittellosen schuldnerischen Person werden diese Gebühren und Kosten ohne jeden Sinn generiert. Die Refinanzierung der Auslagen der Krankenversicherer durch die Kantone verkommt punkto Betreibungsgebühren zu einem relativ teuren Durchlauferhitze – und erzeugt nebenbei noch eine unnötige Passivenerhöhung der schuldnerischen Personen und erzeugt zusätzliches menschliches Leid. Gemäss dem Zürcher Regierungsrat beträgt der Anteil der Betreibungsgebühren, welche den Versicherern als Ausfälle von Forderungen gemäss KVG 64a III refinanziert werden, satte 12 Prozent (im Kt. ZH: 6.48 Mio. Fr. – allein schon deshalb ist zu erwähnen, dass die in einzelnen Kantonen erzielten Gewinne im Betreuungswesen stark zu relativieren sind). Gemäss den vorstehenden Ausführungen soll es ausreichen, dass ein Krankenversicherer dem Kanton einen Rechtstitel vorweist, aus welchen die Mittellosigkeit einer schuldnerischen Person hervorgeht. Zu denken ist an einen Betreibungsregister-Auszug, welche darüber Auskunft gibt, dass über die säumige versicherte Person in den letzten 6 Monaten bereits ein Verlustschein nach SchKG 115 I ausgestellt worden ist. Hierbei ist sicherzustellen, dass Krankenversicherer nicht für jede einer schuldnerischen Person zugeordnete Familienangehörige separate Betreibungsverfahren ausgelöst werden – andernfalls in letzter Konsequenz bspw. pro Familie mit zwei Kindern 8 Betreibungsverfahren je bis zum 115'er-Verlustschein durchbetrieben werden. In diesem Sinne ist in KVV 105i II festzulegen, dass neben einem Verlustschein auch eine Betreibungsregister-Auskunft ausreicht, welcher die Mittellosigkeit einer säumigen versicherten Person (und deren Familienangehöriger) in Form eines bereits bestehenden Verlustscheines gemäss SchKG 115 I ausweist.	<u>als Inhaber der elterlichen Sorge über minderjährige Familienangehörige ein Verlustschein nach Art. 115 I SchKG ausgestellt worden ist.</u>
KdSZ/de Mestral Yves	KVV 105a	Bislang betragen die Verzugszinsen für gemäss KVG 64a III geschuldete Prämien und Kostenbeteiligungen gemäss KVV 105a fünf Prozent. Dies ist angesichts der nun jahrelange andauernden Tiefzinsphase viel zu hoch. Demgemäss sind die Verzugszinsen in KVV 105a zu konkretisieren und auf maximal 2 Prozent festzusetzen. In Beantwortung kantonsrätlicher Anfragen hat der Regierungsrates des Kantons Zürich am 16.09.2020 ausgewiesen, dass alleine für die Refinanzierung der im Jahre 2019 angefallenen	<i>KVV 105a: <u>Der Satz für den Verzugszins auf fällige Prämien nach Artikel 26 ATSG beträgt maximal 2 Prozent pro Jahr.</u></i>

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

		Verlustscheine der Krankenversicherer Verzugszinsen von 2.37 Mio. Franken aufgewendet werden mussten, dies bei eine Brutto-Refinanzierung von Fr. 53.4 Mio. Franken (die Verzugszinsen machen rund 5 Prozent der Brutto-Refinanzierung aus). Dies zeigt auf, dass mit einer Reduktion der Verzugszinsen auf 2 Prozent im Kanton Zürich die Refinanzierungssumme für Verlustscheine der Krankenversicherer um 1.422 Mio. Fr. reduziert werden könnte. https://kantonsrat-zh.talus.ch/de/politik/cdws/dok_geschaefte.php?did=9434ba626e764cab979c7d27fef0f245-332&v=1&r=PDF&filename=Antwort_RR_182-2020_Krankenkassen-Betreibungen_II_Refinanzierung_von_Verlustscheinen&typ=pdf Gesamtschweizerisch wären dies bei einer Refinanzierungssumme von 391.6 Mio (gem. OKP 4.10) Fr. 19.58 Mio., welche bei einer Reduktion der Verzugszinsen auf 5 Prozent um 11.75 Mio. Fr. auf 7.832 Mio. Fr. reduziert werden könnten – nota bene handelt es sich dabei nicht nur um eine Entlastung von 11.75 Mio. Fr. der Steuerzahlenden in den Kantonen, ebenso würden die Passiven der schuldnerischen Personen um diesen Betrag nicht weiter vergrössert – und deren wirtschaftlichen Perspektiven im selben Ausmass nicht weiter verschlechtert.	
KdSZ/de Mestral Yves	KVG 64 IV	Für den Fall, dass an der bisherigen 85 Prozent-Regelung (mit Verbleib des Verlustscheins bei den Krankenversicherern) festgehalten würde, werden hier <u>eventualiter</u> die folgenden Ausführungen gemacht: Im KVG sei ein <u>Abtretungsverbot</u> zu statuieren, welches es verhindert, dass Verlustscheine und Forderungen aus dem KVG (Krankenkassenprämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreibungskosten aber auch Nebenforderungen wie Verzugsschäden gemäss KVV 105b II) zwecks Inkassomandat und/oder Forderungsverkauf an private Dritte weitergereicht werden können. Es ist fest zu stellen, dass Verlustscheine von Krankenversicherern vermehrt zum Inkasso (oder Forderungsverkauf) an Dritte weitergegeben werden (vgl. Anhang unten). Es versteht sich von selbst, dass diese Forderungsabtretung (oder Forderungsverkauf) im Resultat die säumige versicherte Person nicht kostengünstiger zu stehen kommt. Denn schon heute zeigt sich, dass auf solche Verlustscheinforderungen neue, fragwürdige zusätzliche Forderungen zugeschlagen werden. Die sozialpolitische Brisanz der stetig steigenden Krankenkassenprämien ist bereits ausreichend gross, als dass es zulässig sein soll, Verlustscheine an Dritte weiter zu geben.	<i>KVG 64a IV:</i> Der Kanton vergütet dem Versicherer 85 Prozent der Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 waren. Der Versicherer bewahrt die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf – <u>eine Abtretung eines Verlustscheines an Dritte sei es zum Inkassomandat sei als Forderungsverkauf ist ausgeschlossen.</u> Sobald die Schuld vollständig oder teilweise gegenüber dem Versicherer beglichen ist, erstattet dieser 50 Prozent

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

	Als obiter dictum kann angefügt werden, dass ein controlling der Einhaltung der Vorgaben gemäss KVG 64a bei einer Weitergabe eines KK-Verlustscheine nahezu ausgeschlossen ist – der Hinweis auf die Revisionsstellen der Krankenversicherer wenig hilfreich (vgl. vorstehende Ausführungen zu KVV 105j IV i.f.). Ob sich eine Abtretung eines KK-Verlustscheines mit den Verschwiegenheitsverpflichtungen einer Sozialversicherung verträgt, steht wiederum auf einem anderen Blatt geschrieben. Aus all diesen Gründen ist im KVG ein Abtretungsverbot von KK-Verlustscheinen im Sinne des Formulierungsvorschlages zu verankern. Die mittlerweile von beiden Räten beschlossene Motion Fiala betr. Digitalisierung von Verlustscheinen resp. ganz konkret die vom Ständerat vorgenommene Konkretisierung, welche sich gegenwärtig im Differenzbereinigungsverfahren befindet, wird unweigerlich zu einem erheblich zunehmenden Handel von Verlustscheinen führen – auch von Verlustscheinen für Forderungen der Krankenversicherer. Dies ist sozialpolitisch unerwünscht, ein Zessionsverbot drängt sich auf – zumal die Krankenversicherer ja ohnehin gem. KVG 64a IV bereits mit 85 Prozent abgegolten wurden.	des erhaltenen Betrages an den Kanton zurück.
--	--	--

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht) Vernehmlassungsverfahren

intrum

Tel: 0644 85 33 31
(Mo. bis Fr. 8 bis 19 Uhr, Sa. 10 bis 14 Uhr)
Fax: 0644 85 33 51
E-Mail: inkasso@ch.intrum.com
Internet: www.intrum.ch
Internet-Login: iaY7U

Herr

Zürich

Schwerzenbach, 25. Juni 2020

Inkassonummer: VS 986.

Wir unterstützen alle Personen, die aufgrund der Pandemiesituation in eine finanzielle Notlage geraten sind. Informationen dazu erhalten Sie auf unserer Website www.intrum.ch

Zahlungserinnerung Verlustschein

Sehr geehrter Herr

Heute kontaktieren wir Sie, da uns Ihr Gläubiger mit einer **offenen Forderung beauftragt** hat, bei der uns ein Verlustschein vorliegt.

Wir bitten Sie, den offenen Betrag mit dem beiliegenden Einzahlungsschein innert 15 Tagen nach Erhalt dieses Briefes einzuzahlen. Gerne prüfen wir auch die Möglichkeit von Ratenzahlungen für dieses Dossier.

Bitte zögern Sie nicht, uns bei Fragen zu kontaktieren oder melden Sie sich vorher unter www.intrum.ch.

Vielen Dank & freundliche Grüsse

Intrum AG
Debt Surveillance

Für eine rasche Lösung: Bitte geben Sie in der Korrespondenz immer die Inkassonummer an.

Gläubiger	Forderungsgrund
Mutuel Assurance Maladie SA c/o Groupe Mutuel Rue des Cèdres 5 1919 Martigny Groupe Mutuel	Pfändungsverlustschein vom

Forderung (Ref.-Nr.: 55-)	Betrag CHF
Hauptbetrag	540.10
Verzugsschaden gem. Art. 106 OR	200.20
Saldo zu unseren Gunsten	740.30

Wir suchen die Zusammenarbeit und engagieren uns für Lösungen.

Intrum nimmt den Schutz Ihrer Personendaten sehr ernst. Informationen darüber, wie wir Ihre Personendaten bearbeiten, finden Sie auf der Internetseite: www.intrum.ch/datenschutz

Intrum AG
Eschenstrasse 12
8603 Schwerzenbach

Zahlungsverbindung:
Postkonto: 80-14834 9
Postfinance AG, 3033 Bern
IBAN: CH24 6000 0000 0000 1483 49

Ständerat
Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit
3003 Bern

aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 4. September 2020

Vernehmlassung zur Standesinitiative 16.312 Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident Rechsteiner, lieber Paul

Besten Dank für die Einladung zur oben erwähnten Vernehmlassung. Der SGB nimmt dazu im Folgenden gerne Stellung.

Einleitung

Gemäss Bundesverfassung (Art. 41) haben sich Bund und Kantone dafür einzusetzen, dass "jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält". Mit der Änderung der Regelung betreffend nichtbezahlte Prämien und Kostenbeteiligungen (Art. 64a KVG) im Jahr 2010 hat der Bund jedoch die Voraussetzung für eine bis heute andauernde, gravierende Verletzung ebendieses Verfassungsartikels geschaffen. Denn seit Inkraftsetzung der genannten KVG-Revision sind die Kantone ermächtigt, Versicherte, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen, auf einer Liste zu erfassen und ihren Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen auf nicht weiter definierte Notfallbehandlungen zu beschränken. Was die ganz konkreten Auswirkungen dieser Neuregelung sind, ist allseits bekannt. Der gravierendste Fall, über den auch medial breit berichtet wurde, betraf einen fünfzigjährigen HIV-positiven Patienten, welchem im Jahr 2018 im Kanton Graubünden von der Krankenkasse die Finanzierung der notwendigen Medikamente verweigert wurde, weil er mit der Zahlung seiner Prämien im Verzug war. Die zuständigen ÄrztInnen haben die Krankenkasse auf die schwerwiegenden Konsequenzen dieses Entscheids hingewiesen, doch die Kasse änderte ihre Meinung nicht, denn eine Notfallsituation war ihrer Meinung nach nicht gegeben. Der Mann verstarb daraufhin an Begleiterkrankungen von AIDS. Sein Todesurteil war nicht das HI-Virus – dieses ist heute zum Glück längst kein Todesurteil mehr – sondern letztlich die schwarze Liste.

Bei der Einführung der schwarzen Listen gingen deren VerfechterInnen von der abwegigen Idee aus, die betroffenen Versicherten seien zahlungsunwillig und könnten mit dieser Massnahme zur Begleichung ihrer Rechnungen gebracht werden. Dass das Problem allerdings nicht die Zahlungsunwilligkeit, sondern vielmehr die immer weiter verbreitete Zahlungsunfähigkeit der Versicherten ist, dürfte heute hinreichend klar geworden sein: Gesamtschweizerisch wurden im Jahr 2019 421'000 Versicherte aufgrund von Zahlungsausständen für OKP-Prämien betrieben. Und

gemäss einer Studie der Zürcher Stadtammänner sind gesamthaft bereits ein Drittel (!) aller Beiträgen den Krankenkassenprämien geschuldet.

Es ist eine traurige Tatsache, dass in den Eidgenössischen Räten letztlich erst nach Bekanntwerden des oben beschriebenen schwerwiegenden Falles ein Umdenken stattgefunden hat (bzw. sich die Mehrheitsverhältnisse entsprechend verschoben haben), was in der Eröffnung der vorliegenden Vernehmlassung mündete. Umso dringender ist das Hauptanliegen der vorgeschlagenen KVG-Revision, nämlich die Abschaffung der schwarzen Listen und damit der Leistungssperren für die betroffenen Versicherten. Nachdem zwei Kantone (Graubünden und Solothurn) im Zuge der schockierenden, von den Medien aufgegriffenen Fällen ihre schwarze Liste abgeschafft haben, gibt es heute immer noch sieben unbelehrbare Kantone, die scheinbar nur mit einer Bundeslösung genau dazu gebracht werden können. Dass dies wohl auf Basis einer Standesinitiative genau jenes Kantons geschehen wird, der – in krasser Verletzung der UNO-Kinderrechtskonvention – als einziger (und noch bis Ende 2020) sogar Kinder auf der schwarzen Liste aufführt, ist die nicht ganz überraschende Ironie der Geschichte.

Ausgangslage und beantragte Neuregelung

Das Schweizer Gesundheitswesen ist falsch und unsolidarisch finanziert. Während im europäischen Umland die Grundversicherung grösstenteils über einkommensabhängige Beiträge (Steuern oder Lohnbeiträge) finanziert ist, wird die Schweizer OKP zu über 80% durch Kopfprämien getragen. Darüber hinaus müssen die Haushalte weitere knapp 30% oder 22 Milliarden der gesamten Gesundheitsausgaben über Selbstzahlungen bzw. Kostenbeteiligungen direkt aus der eigenen Tasche bezahlen. Dieses System schafft somit beste Voraussetzungen dafür, dass Haushalte mit tiefen und mittleren Einkommen in die Zahlungsunfähigkeit getrieben werden. Und diese Feststellung gilt leider explizit trotz der parallel existierenden Prämienverbilligungen. Denn die Prämienverbilligungen werden erstens von den Kantonen seit Jahren fast überall gekürzt, sie werden zweitens immer mehr – und dies wider die gesetzliche Absicht – für Prämienersatzungen im Rahmen der Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe verwendet, und aus den Prämienverbilligungskrediten werden drittens immer mehr Mittel zur Finanzierung ebendieser Zahlungsausstände zweckentfremdet. Letzteres ist besonders paradox: Denn kürzt ein Kanton die individuellen Prämienverbilligungen, um aus dem gesamten, unveränderten Budgetposten die zunehmenden Aufwände für Zahlungsausstände zu finanzieren (so mehrfach geschehen), so schafft er damit ganz einfach die Voraussetzung für noch mehr Zahlungsausstände, d.h. er heizt einen Teufelskreis an, unter dem die betroffenen Versicherten entsprechend leiden.

Vor diesem Hintergrund erstaunt es nicht, dass sich die Zahlungen der Kantone für ausstehende Forderungen innert sechs Jahren fast verdoppelt haben. Während diese im Jahr 2013 kumuliert 223 Millionen betrugen, waren es gemäss neuester OKP-Statistik im Jahr 2019 bereits 392 Millionen. Stossend dabei ist auch die ungleiche Verteilung der finanziellen Last zwischen den Kantonen und den Versicherern. Denn wenn nach einem Betreibungsverfahren ein Verlustschein ausgestellt wird, erstattet der Kanton den Versicherern umgehend 85% der ausstehenden Forderungen. Treffen aber später noch Zahlungen ein, vergütet der Versicherer dem Kanton davon den noch nur 50%. Die Versicherer profitieren heute finanziell also nicht nur von ihrer moralisch äusserst fragwürdigen Kompetenz, den Notfallbegriff nach ihrem eigenen Gutdünken auszulegen, sondern sie werden zusätzlich von den Kantonen für fast sämtliche Einkommensverluste bei Zahlungsausständen entschädigt. Darüber hinaus betreiben etliche Versicherer regelrecht ein Ge-

schäft mit den Zahlungsausständen ihrer Versicherten. Dies beispielsweise, indem sie jede verschickte Prämienrechnung einzeln in Betreuung setzen – was bei den Betreibungsämtern jeweils Kosten von zwischen 150 und 200 Franken verursacht – und darauf jeweils teure Gebühren "wegen Verzugsschaden" erheben. Bei einer durchschnittlichen Betreuungsdauer von zwei Jahren, sind dies viel gravierendere Probleme als die von der – dieser Vernehmlassung zugrunde liegenden – Thurgauer Standesinitiative aufgeworfene Frage der Inkassobewirtschaftung bei Ausstellung des Verlustscheins. Nach zwei Jahren ist bei diesen Versicherten in der Regel wirklich "nichts mehr zu holen", weshalb die betroffenen Personen vom Kanton vielmehr unterstützt und begleitet werden müssen und nicht durch eine Übertragung der Forderungen vom Versicherer an den Kanton weiter administrativ und finanziell drangsaliert werden sollen. **Der SGB lehnt deshalb die Forderung der Standesinitiative bzw. die von der Kommission vorgeschlagene Änderung von Art. 64a Abs. 5 (Inkassobewirtschaftung) ab. Richtig ist allerdings die von der Kommission in Art. 64a Abs. 2 vorgeschlagene Begrenzung der Anzahl Betreibungen pro Jahr. Der SGB fordert jedoch eine Begrenzung auf höchstens zwei Mal pro Jahr (und nicht, wie von der Kommission vorgeschlagen, höchstens vier Mal pro Jahr). Darüber hinaus – und dafür sind die Kantone zuständig – muss bei Lohnpfändungen die Krankenkassenprämie (sowie die Kostenbeteiligung) endlich überall ins Existenzminimum miteinbezogen werden. Heute ist dies vielerorts nicht der Fall, was die entsprechenden Prämienausstände praktisch automatisch herbeiführt.**

Abschliessende Beurteilung

- Die mit dieser Revision vorgeschlagene **Abschaffung der schwarzen Listen ist dringend nötig und wird vom SGB vehement unterstützt**. Der Minderheitsantrag, welcher lediglich eine einheitliche Definition des Begriffs der Notfallbehandlung vorsieht, ist hingegen absolut unzureichend und daher abzulehnen.
- Ebenfalls **unterstützt wird vom SGB die von der Kommission vorgeschlagenen Korrektur der Situation, dass Minderjährige für in der Vergangenheit akkumulierte Prämien-schulden aufkommen müssen**, sobald sie erwachsen werden. Diese unhaltbare Situation muss schnellstmöglich der Vergangenheit angehören.
- **Der SGB erachtet es jedoch nicht als zielführend, dass Verlustscheine bei entsprechend erhöhter Forderungsübernahme von den Versicherern an die Kantone übergehen können. Viel wichtiger ist eine Begrenzung der Anzahl Betreibungen auf höchstens zwei Mal pro Jahr, eine gesetzliche Deckelung der "Gebühren bei Verzugsschaden" auf ein Minimum sowie, seitens der Kantone bzw. Betreibungsämter, ein Einbezug der Krankenkassenprämien ins betreibungsrechtliche Existenzminimum.**
- **Sehr kritisch sieht der SGB auch die mit Art. 64a Abs. 7bis geplante Pflicht der Versicherer, Personen mit Zahlungsausständen in einem Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zu versichern**. Denn damit werden gegenüber den Versicherern neue Anreize geschaffen, die Leistungsäquivalenz dieser Modelle trotz gesetzlich identischer Pflichtleistungen de facto weiter abzubauen (analoge Verhaltensmuster waren bzw. sind bei der Jagd nach guten Risiken zu beobachten). Auch ist nicht ausgeschlossen, dass grosse Versicherer eigens für Versicherte mit Zahlungsausständen spezifische neue "Alternativmodelle" schaffen, in denen solche Fehlanreize noch stärker Wirkung entfalten könnten.

Langfristig entscheidender und über die vorliegende Revision hinausgehend wäre aber, dass die bürgerlichen Parteien endlich die gravierenden, und letztlich der öffentlichen Gesundheit abträglichen Auswirkungen der unsozialen Finanzierung der Schweizer Gesundheitsversorgung anerkennen und entsprechend mithelfen, diese Probleme an der Wurzel anzugehen. Die unmittelbar wirksamste Massnahme wäre eine Begrenzung der **Prämienlast auf höchstens 10% des verfügbaren Einkommens** eines Haushalts. Genau dies fordert die vom SGB mitgetragene Prämienentlastungsinitiative, welche demnächst in die parlamentarische Beratung kommen wird.

In diesem Sinne hoffen wir auf die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHER GEWERKSCHAFTSBUND



Pierre-Yves Maillard
Präsident
Präsident



Reto Wyss
Zentralsekretär
Zentralsekretär

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Ständerats (SGK-S)
3003 Bern

Per Mail an: aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 5. Oktober 2020 sgv-Gf/dm

Vernehmlassungsantwort:

16.312 Standesinitiative. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Juni 2020 hat uns der Präsident der SGK-S eingeladen, zur randvermerkten KVG-Revision Stellung zu nehmen. Für die uns eingeräumte Gelegenheit zur Meinungsäusserung und für die Berücksichtigung unserer Anliegen und Bemerkungen danken wir Ihnen bestens.

Der Schweizerische Gewerbeverband sgV, die Nummer 1 der Schweizer KMU-Wirtschaft, vertritt 230 Verbände und gegen 500'000 Unternehmen, was einem Anteil von 99.8 Prozent aller Unternehmen in unserem Land entspricht. Im Interesse der Schweizer KMU setzt sich der grösste Dachverband der Schweizer Wirtschaft für optimale wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen sowie für ein unternehmensfreundliches Umfeld ein.

Zu den wichtigsten Bestimmungen der vorgeschlagenen Gesetzesrevision nehmen wir wie folgt Stellung:

Art. 64a Abs. 1^{bis}

Nach unserem Dafürhalten ist der Begriff «grundsätzlich» zu streichen. Wir sehen keinen Anlass, um hier einen Interpretationsspielraum einzubauen.

Art. 64a Abs. 2

Die vorgeschlagene Anpassung lehnen wir ab. Aus Sicht des sgV kann es nicht angehen, die Krankenversicherer gegenüber anderen Gläubigern zu benachteiligen, indem man die Anzahl Betreibungen auf vier pro Jahr limitiert. Jeder einzelne Krankenversicherer soll weiterhin frei entscheiden können, was aus seiner Sicht der ideale Rhythmus bei den Betreibungen ist, um einerseits möglichst viele offene Forderungen eintreiben zu können und andererseits die aus den Betreibungen resultierenden Kosten möglichst tief zu halten.

Art. 64 Abs. 4

Wir sprechen uns dafür aus, dass die Kantone alle Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 waren, übernehmen und dass sie den Versicherern 92 Prozent ihrer Forderungen vergüten.

Art. 64 Abs. 5

Wenn Art. 64 Abs. 4 in unserem Sinne angepasst wird, braucht es den vorliegenden Absatz nicht mehr. Wir beantragen daher dessen Streichung.

Art. 64 Abs. 7

Wir unterstützen die Streichung von Abs. 7, welcher es den Kantonen ermöglicht hat, eine Liste mit säumigen Zahlern zu führen. Die bisherige Regelung hat das Delkredererisiko vom Versicherer zum Leistungserbringer hin verschoben, was nach unserem Dafürhalten nicht ins System einer sozialen Krankenversicherung passt. Zudem sind wir der Meinung, dass es dem Umstand Rechnung zu tragen gilt, dass die bisherigen Erfahrungen mit diesen Listen mehrheitlich unbefriedigend waren.

Art. 64 Abs. 7^{quater}

Wir beantragen, dass explizit festgehalten wird, dass die Daten nach einem einheitlichen Standard auf elektronischem Weg auszutauschen sind.

Ziffer 1 der Übergangsbestimmungen

Da wir uns dafür aussprechen, dass die Kantone alle Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 waren, übernehmen und dass sie den Versicherern 92 Prozent ihrer Forderungen vergüten, braucht es die vorgeschlagene Anpassung nicht. Auf Ziffer 1 der Übergangsbestimmungen ist daher zu verzichten.

Für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Gewerbeverband sgv



Hans-Ulrich Bigler
Direktor



Kurt Gfeller
Vizedirektor

Par courriel:

[Aufsicht-
krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:Aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)
gever@bag.admin.ch
sgk.csss@parl.admin.ch

Lausanne, le 5 octobre 2020

Procédure de consultation sur l'initiative du canton de Thurgovie sur l'exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie

Madame, Monsieur,

La Fédération romande des consommateurs (FRC) vous remercie de l'opportunité qui lui est donnée de prendre position sur l'objet cité ci-dessus.

Position générale

Il était prévisible en créant des listes noires que survienne un événement tragique du type de celui qui s'est déroulé dans les Grisons et qui est relaté dans le rapport explicatif. Dans les cantons qui y recourent, en désignant les « mauvais » payeurs, les listes noires ont soumis les personnes les plus précaires au risque de ne pas être prises en charge, y compris dans les situations d'urgence. La mesure qui consiste à compléter les listes noires par une définition de ce que recouvre la notion d'urgence ne fait que repousser le problème, voire l'aggraver : le seuil entre ce qui est nécessaire ou urgent en médecine ne fait l'objet d'aucun accord entre spécialistes qui, tour à tour, défendent des définitions plus ou moins ouvertes, ou très restrictives dont aucune ne couvre l'ensemble des cas que les hôpitaux ou les médecins ont à traiter au quotidien. Il y a une part irrémédiablement conjoncturelle à l'urgence qui rend impossible l'exercice d'une définition uniforme.

Nous rejetons donc la solution préconisée par une minorité de la CSSS-E de maintenir les listes noires et de les compléter par une définition précise des prestations urgentes ou de la médecine d'urgence.

La FRC rejoint la majorité de la commission : les listes noires doivent être abandonnées. Par voie de conséquence, il doit en aller de même pour la suspension des prestations : tout usager doit pouvoir accéder aux soins que nécessite son état de santé. Les cantons romands ne sont pas concernés par ces pratiques, mais la seule possibilité d'y recourir doit être tout simplement interdite dans l'ensemble de la Confédération.

Qu'il s'agisse des subsides pour aider au paiement des primes ou de l'argent avancé par les cantons afin de régler les factures non-payées par les assurés, les montants que consacrent les cantons à ces deux prestations n'ont cessé d'augmenter ces sept dernières années. Ce

constat n'est guère étonnant puisque toutes deux couvrent – suivant deux logiques diamétralement opposées, l'une étant une prestation sociale, l'autre une créance – la même charge que ne parvient plus à assumer une frange toujours plus importante de la population.

A titre d'exemple, la participation cantonale aux créances en suspens s'élevait à un total cumulé de 223 millions de francs en 2013, les dernières statistiques de l'AOS montrent qu'en 2019, elles avaient déjà atteint 392 millions. On observe que dans les cantons où les subsides ont baissé, les montants consacrés aux impayés de l'assurance obligatoire augmentent proportionnellement tout en mettant sous pression une proportion grandissante de la population. Nous avons affaire ici à un cercle vicieux dont l'origine ne saurait toutefois être jugulée par les propositions contenues dans l'initiative thurgovienne.

La FRC est d'avis que l'engagement cantonale devraient en premier lieu se présenter sous la forme d'une aide au paiement des primes, plutôt que sous celle d'un recouvrement des créances. Un tel recouvrement n'abaisse en effet en rien le poids que représentent les primes et les dépenses en santé sur un nombre croissant de ménages. D'une part, parce que ces montants couvrent les frais de rappel ainsi que les frais « pour les dommages découlant d'un défaut de paiement » qui enferment toujours plus les personnes concernées dans la spirale de l'endettement. D'autre part, parce que le régime de recouvrement par les cantons apparaît comme une indemnisation des assureurs. Il est frappant de constater la répartition inégale entre les charges assumées par les deniers cantonaux (85 %) et la part rendue par les assureurs, en cas de recouvrement par l'assuré (50 %). Cette forme d'indemnisation des assurés par de l'argent public est inconcevable dans le contexte actuel où les retards ou la cause des défauts de paiement n'est pas tellement à chercher du côté de la mauvaise volonté des assurés, mais s'explique par la hausse constante des primes.

Détermination sur les mesures proposées :

Sur cette base, la FRC formule les déterminations suivantes quant aux propositions rassemblées dans l'initiative cantonale du canton de Thurgovie 16.312 :

- L'abolition des listes noires proposées par la révision est nécessaire selon la FRC. Elle rejette fermement la motion minoritaire qui propose de définir de manière uniforme « la prise en charge d'urgence ».
- La FRC soutient également la proposition de la Commission visant à corriger la situation actuelle qui voit les mineurs accumuler les dettes contractées dans le passé et en devenir les titulaires lorsqu'ils deviennent majeurs. Il est absolument intolérable qu'avant même d'avoir disposé d'une chance de s'installer dans leur vie d'adulte des jeunes subissent le poids d'une créance qui – circonstance aggravante – leur bloque l'accès à une prise en charge médicale standard dans les cantons qui recourent aux listes noires.
- La FRC apprécie la mesure qui vise à limiter le nombre de procédures de recouvrement à quatre lancements par année, afin d'éviter un trop grand cumul de pénalités. Elle est toutefois d'avis que cette limitation devrait s'élever à deux procédures par an pour que la mesure soit efficace et qu'elles bénéficient vraiment aux assurés et, indirectement, aux cantons.
- La FRC est fermement opposée au transfert dans des modèles alternatifs des assurés en souffrance de paiement (art.64a al.7bis). Cette mesure résonne déjà comme un aveu : ces modèles alternatifs, pourtant tant vantés par les assureurs, seraient-ils des

modèles de 2^{ème} classe ou seraient-ils dotés d'un caractère punitif auquel se serait soumis déjà 70% des assurés ? Indépendamment de ce point, la FRC sait bien à travers les analyses qu'elle mène annuellement sur l'ensemble des modèles alternatifs proposés en Suisse romande que tous ces modèles ne se valent pas et que certains sont plus contraignants que d'autres. De la même manière, certains modèles alternatifs sont plus adaptés à certains profils (en fonction de l'âge, mais également du lieu de résidence ou des besoins en santé). Dès lors, il faut s'attendre à ce qu'une part non-négligeable d'assurés se retrouvent lésés une deuxième fois en étant soumis de force à des conditions générales ou une offre qui ne correspond pas à leurs besoins.

- La FRC ne s'exprime pas sur un éventuel transfert de créance aux cantons. Elle ne souscrit en tous les cas nullement à l'argument – justifiant un tel transfert – selon lequel il faut distinguer les assurés qui ne *veulent* pas payer leurs dus de ceux qui ne *peuvent* pas le payer. Les conditions actuelles – l'augmentation continue de l'IPAM (indice des primes d'assurance maladie) – ne permettent tout simplement pas d'opérer une distinction nette et définitive entre ne pas vouloir et ne pas pouvoir payer ses primes.

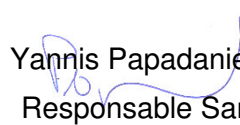
En conclusion, si la majorité des propositions va dans le bon sens, elles ne participent en rien à endiguer les causes bien plus profondes qui conduisent des individus et des ménages toujours plus à nombreux à ne plus pouvoir faire face à leur obligation de paiement. Des primes fixées selon le revenu, une meilleure distribution des réserves excédentaires des assureurs, et un pilotage plus affirmé du système de santé permettrait de mieux protéger le pouvoir d'achat des assurés qui ne cesse de baisser à mesure que les primes des caisses maladie augmentent. En complément de ces mesures, il est bien entendu important d'avoir un dispositif de contrôle qui permette de sanctionner les mauvais « payeurs » pour autant que ceux-ci soient clairement identifiables. Mais ce contrôle seul ne saurait offrir une solution durable à la problématique des primes et, plus généralement, au financement du système de santé.

Nous vous remercions de nous avoir consultés ainsi que de l'attention que vous porterez à notre prise de position et restons à votre disposition pour toute demande complémentaire.

Avec nos meilleures salutations,



Sophie Michaud Gigon
Secrétaire générale



Yannis Papadaniél
Responsable Santé

Stellungnahme von der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte – FMH

Name / Organisation : Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

Abkürzung der Organisation : FMH

Adresse : Nussbaumstrasse 29, 3000 Bern 15

Kontaktperson : Herr Julien Duruz

Telefon : 031 359 11 11

E-Mail : lex@fmh.ch

Datum : 25. September 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2
Weitere Vorschläge	3

Allgemeine Bemerkungen

Name	Bemerkung/Anregung
FMH	Die FMH stimmt der Übertragung der Prämienzahlungs- und Kostenbeteiligungspflicht für Minderjährigen auf die Eltern ausschliesslich zu.
FMH	Beim Art. 64a Abs. 7 KVG entscheidet sich die FMH für den Antrag der Mehrheit der SKG-S und stimmt der Aufhebung der Listen der säumigen Prämienzahler zu.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
FMH	64a	7		Die FMH stimmt der Aufhebung der Listen der säumigen Prämienzahler zu. Die FMH stimmt dem Antrag der Minderheit und deren Definition der Notfallbehandlung nur subsidiär zu, mit der Präzisierung, dass diese nur so ausgelegt werden kann, dass sie die Beistandspflichtsfälle von Art. 40 Bst. g MedBG deckt.	-
FMH	64a	7bis		Die FMH lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl für Versicherten, für die wegen nicht bezahlter Prämien und Kostenbeteiligungen ein Verlustschein ausgestellt wurde, in dieser Form ab.	7 ^{bis} Der Versicherer kann die Personen, die er nach Absatz 3 der zuständigen kantonalen Behörde bekannt gegeben hat, mit ihrer Einwilligung in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers versichern. Der Bundesrat kann Ausnahmen vorsehen und nähere Bestimmungen erlassen.

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
FMH	-	-	-

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen

Abkürzung der Organisation : FSP

Adresse : Effingerstrasse 15, 3008 Bern

Kontaktperson : Muriel Brinkrolf

Telefon : 031 388 88 42

E-Mail : muriel.brinkrolf@fsp.psychologie.ch

Datum : 6. Oktober 2020

Wichtige Hinweise:

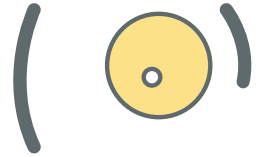
1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name	Bemerkung/Anregung
FSP	Die mit dieser Revision vorgesehene Abschaffung der schwarzen Listen ist absolut dringend und die FSP unterstützt dies in aller Deutlichkeit. Viele betroffenen Versicherten sind nicht zahlungsunwillig, sondern schlicht zahlungsunfähig. Das Vorenthalten von Leistungen führt keinesfalls dazu, dass ausstehende Rechnungen bezahlt werden, noch ist es die Aufgabe der Leistungserbringer die Versicherten, durch Verweigerung der Behandlung, zu nötigen, um die Versicherungspflicht durchzusetzen. Schwarze Listen gefährden die Versorgung von Personen in finanziellen Notlagen. Gerade bei psychischen Erkrankungen ist eine rechtzeitige Behandlung enorm wichtig, um direkte und indirekte Mehrkosten, die aufgrund von Therapieaufschub oder Therapieunterbruch entstehen, zu vermeiden.
FSP	Die FSP stimmt der Übertragung der Prämienzahlungs- und Kostenbeteiligungspflicht für Minderjährige ausschliesslich an die Eltern vollumfänglich zu. Die heutige Situation, dass Minderjährige für in der Vergangenheit akkumulierte Prämien schulden aufkommen müssen, sobald sie volljährig werden, ist unhaltbar.
FSP	Kritisch sieht die FSP die zu schaffende Pflicht der Versicherer, Personen mit Zahlungsausständen in einem Modell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers zu versichern. Die FSP findet, dass für diesen Schritt die Einwilligung der versicherten Person vorliegen muss und schlägt bei Art. 64a Abs. 7 ^{bis} eine Ergänzung vor.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)					
Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
FSP	64a	7		Die FSP Stimmt der Aufhebung der Listen der säumigen Prämienzahler zu. Der Antrag der Minderheit lehnt die FSP ab.	Ersatzlose Streichung von Abs. 7
FSP	64a	7bis		Die FSP lehnt die Einschränkung der freien Arztwahl bei Versicherten, für die ein Verlustschein nach Absatz 3 ausgestellt wurde, in der vorgeschlagenen Form ab. Sie empfiehlt eine Ergänzung, welche dafür die Einwilligung der versicherten Person voraussetzt.	Der Versicherer kann die Personen, die er nach Absatz 3 der zuständigen kantonalen Behörde bekannt gegeben hat, mit ihrer Einwilligung in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers versichern. Der [...]



Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Ständerats
3003 Bern
sgk.csss@parl.admin.ch

Datum: 11. September 2020

Vernehmlassung zur Standesinitiative 16.312 «Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten»

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident Rechsteiner

Besten Dank für die Möglichkeit zur oben erwähnten Vernehmlassung Stellung nehmen zu können. Der Schweizerische Hebammenverband (SHV) ist der Berufsverband der rund 3200 Hebammen in der Schweiz. Er setzt sich für die Belange der angestellten und der freipraktizierenden Hebammen ein.

Der SHV nimmt wie folgt gerne Stellung zur Standesinitiative.

Gemäss Bundesverfassung (Art. 41) haben sich Bund und Kantone dafür einzusetzen, dass "jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält". Mit der Änderung der Regelung betreffend **nichtbezahlte Prämien und Kostenbeteiligungen** (Art. 64a KVG) im Jahr 2010 hat der Bund jedoch die Voraussetzung für eine bis heute andauernde, gravierende Verletzung ebendieses Verfassungsartikels geschaffen. Seit Inkraftsetzung der genannten KVG-Revision sind die Kantone nämlich ermächtigt, Versicherte, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen, auf einer Liste (sogenannte schwarze Liste) zu erfassen und ihren Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen auf nicht weiter definierte Notfallbehandlungen zu beschränken.

Diese Regelung schafft auch in der Geburtshilfe grosse Probleme und der SHV ist in den vergangenen Jahren bereits mehrfach an die zuständigen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren herangetreten, um auf die Missstände rund um die schwarzen Listen hinzuweisen. In der Praxis sind Hebammen immer wieder mit Frauen konfrontiert, welche ihre Krankenkassenprämien nicht bezahlt haben. Hebammen erleben, dass diese Frauen deshalb häufig ganz auf Schwangerenvorsorge verzichten, diese nur rudimentär in Anspruch nehmen, dass die Frauen ambulant gebären oder dass die Wöchnerinnen kurz nach der Geburt das Spital verlassen. Immer wieder erleben Hebammen, dass die Unterversorgung in der Schwangerschaft zu Komplikationen bei Mutter oder Kind führt. Immer wieder sind Hebammen vor die Frage gestellt, wer die Behandlungskosten übernimmt, wenn sie Frauen mit Prämienausstand ambulant betreuen sollen. Frauen mit Prämienausstand sind häufig betroffen von Armut, Arbeitslosigkeit, Verschuldung, Alleinerziehend, Migration, schlechter Bildung etc. Sie gehören mit

anderen Worten einer vulnerablen Bevölkerungsgruppe an, manchmal ist der Kinderschutz involviert und die Betreuung durch die Hebamme ist unumgänglich. Bleibt diese aus, resultieren langfristig massive gesundheitliche Probleme (und somit Folgekosten) für Mutter und Kind.

Schwarze Listen lösen keine Probleme, deshalb gelten sie abgeschafft! Prämienausstände können von den Krankenkassen betrieben werden. Wenn nach einem Betreibungsverfahren ein Verlustschein ausgestellt wird, erstattet der Kanton den Versicherern 85% der ausstehenden Forderungen. Die Versicherer werden von den Kantonen für fast sämtliche Einkommensverluste bei Zahlungsausständen entschädigt. Anders sieht es bei den Hebammen aus: Sie erhalten bei Klientinnen auf der schwarzen Liste in vielen Kantonen ihre Leistungen von den Krankenkassen nicht vergütet, sondern bleiben auf ihren ungedeckten Rechnungen sitzen, weil die Schwangerenvorsorge und die Betreuung im Wochenbett keine sogenannten Notfallbehandlungen sind.

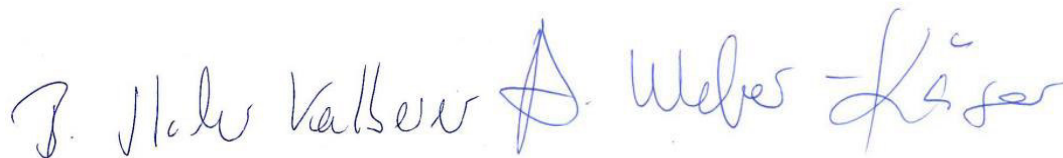
Das Schweizer Gesundheitswesen ist falsch und unsolidarisch finanziert. Während im europäischen Umland die Grundversicherung grösstenteils über einkommensabhängige Beiträge (Steuern oder Lohnbeiträge) finanziert ist, wird die Schweizer OKP zu 70% durch Kopfprämien, Selbstzahlungen, Privatversicherungen und weiteren privaten Beiträgen finanziert. Dieses System schafft somit beste Voraussetzung dafür, dass Haushalte mit tiefen und mittleren Einkommen in die Zahlungsunfähigkeit getrieben werden. Prämienverbilligungen könnten Entlastung bieten, doch werden sie von den Kantonen seit Jahren fast überall gekürzt. In den Kantonen, in welchen aktiv ein Antrag auf Prämienverbilligung gestellt werden muss, sind Formulare und Antragsprozesse dermassen kompliziert gestaltet, dass viele Betroffene die Verbilligung gar nicht anfordern. Auch hier braucht es eine schweizweit einheitliche Regelung: Es braucht eine automatisch ausgelöste Prämienverbilligung gemäss steuerbarem Einkommen. Bei Lohnpfändungen muss zudem die Krankenkassenprämie (sowie die Kostenbeteiligung) endlich überall ins Existenzminimum miteinbezogen werden.

Abschliessende Beurteilung

- Die mit dieser Revision vorgeschlagene Abschaffung der schwarzen Listen ist dringend nötig und wird vom SHV vollumfänglich unterstützt. Der Minderheitsantrag, welcher lediglich eine einheitliche Definition des Begriffs der Notfallbehandlung vorsieht, ist unzureichend und daher abzulehnen.
- Ebenfalls unterstützt wird vom SHV die von der Kommission vorgeschlagenen Korrektur, dass Minderjährige für in der Vergangenheit akkumulierte Prämienschulden aufkommen müssen, sobald sie erwachsen werden.
- Ebenfalls aufzunehmen ist, dass Prämienverbilligungen gemäss steuerbarem Einkommen automatisch erstattet werden

Langfristig entscheidender und über die vorliegende Revision hinausgehend wäre aber, dass die unsoziale Finanzierung des schweizerischen Gesundheitssystems an der Wurzel angegangen wird. Die unmittelbar wirksamste Massnahme wäre eine Begrenzung der Prämienlast auf höchstens 10% des verfügbaren Einkommens eines Haushalts.

Freundliche Grüsse



Barbara Stocker Kalberer
Präsidentin SHV

Andrea Weber-Käser
Geschäftsführerin SHV

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

Prise de position de

Nom / organisation : Médecins Fribourg – Ärztinnen und Aerzte Freiburg

Abréviation de l'organisation : MFÄF

Adresse : Rue de l'Hôpital 15, 1700 Fribourg

Personne de référence : Ch. Schafer

Téléphone : 026 350 33 00

Courriel : secretariat@smcf.ch

Date : 25.08.2020

Remarques importantes :

1. Veuillez ne pas changer le format du formulaire.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le 6 octobre 2020 aux adresses suivantes :
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Nous vous remercions de votre participation.

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

Sommaire

Remarques générales	2
Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)	2
Autres propositions	5

Remarques générales	
Nom	Commentaires/remarques
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	En conclusion, alors qu'il existe déjà des dispositions d'aide au paiement des primes, MFÄF trouve que la plupart des modifications proposées sont dangereuses, pour deux raisons majeures : • La déresponsabilisation des assurés, qui est grave : en cas de non-paiement, le risque économique est minimisé, et le risque médical est presque nul. On garantit l'accès aux soins (et donc leur consommation), sans garantir la contrepartie, à savoir le paiement des primes. • La déresponsabilisation des assureurs est encore plus grave, voire scandaleuse : le canton devient en quelque sorte l'assureur de l'assureur, qui peut transférer la presque totalité de la dette dans le domaine public. L'assureur pourrait même y trouver un intérêt financier : "obligé" de poursuivre le contrat car ne pouvant limiter l'éventail des prestations, tout en sachant que l'assuré ne peut changer d'assureur, obligé de diminuer le nombre de poursuites, le montant de la dette n'en sera que plus important, la possibilité de pouvoir revendre cette dette à 90% au canton en lui transférant les actes de défauts de biens permettra de limiter à maximum 10% la perte pour défaut de paiement, contre minimum 15% actuellement (en recouvrant tout ou partie de la créance, 50% du paiement devra être remboursé au canton).
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	

Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)					
Nom	Art.	Al.	Let.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	64	A	1	MFÄF n'a pas d'objection à cet alinéa. Il nous paraît logique de ne pas transférer à l'enfant adulte la dette pour non-paiement de la prime par les parents.	

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

Erreur ! Source du renvoi introuvable.	64	A	2	MFÄF ne voit pas pourquoi il faudrait limiter le nombre de poursuites en cas de non-paiement pour les raisons suivantes : • Cela risque de conforter les mauvais payeurs dans le non-paiement en limitant le nombre de poursuites ; • Les assureurs vont déclencher plus tardivement les poursuites de façon à ne pas dépasser le nombre de quatre par an (ce qui permettra de réclamer la totalité des primes) ; • Il ne nous paraît pas éthique de modifier les dispositions universelles des poursuites pour non-paiement au seul titre de la santé : en créant ce genre de précédent, on court un grand risque d'atrophier la notion de responsabilité individuelle des assurés.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	64	A	4	MFÄF pense qu'il serait bon de profiter de cette modification pour demander que l'assureur rembourse ce que le canton a pris en charge, soit 85% des créances, et pas uniquement 50% du paiement total ou partiel par l'assuré. Il est choquant de voir que l'assureur peut tirer un bénéfice d'une telle situation !	
	64	A	5	Cet alinéa est une aberration dans le système suisse d'assurance privée : la dette ne doit pas être transférée au domaine public ; de plus, cette disposition accroît le sentiment d'impunité des mauvais payeurs vis-à-vis de l'assurance, et réduit l'importance et la portée du contrat individuel qui lie assureur et assuré. Par ailleurs, l'assureur va aussi être déresponsabilisé, sachant que le canton va reprendre la presque totalité de la dette !	
	64	A	7	MFÄF est résolument contre l'abrogation de l'al. 7 : actuellement, il précise qu'une liste des assurés ne payant pas leurs primes malgré les poursuites peut être tenue par les cantons, à laquelle seuls ont accès les fournisseurs de	

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

				prestations, la commune et le canton, et que, sur notification du canton, l'assureur peut suspendre la prise en charge des prestations à l'exception de celles relevant de la médecine d'urgence. L'abrogation de cet article comporte encore une fois le risque de déresponsabilisation des assurés. De plus, le fait de dresser une liste n'est pas vraiment un problème, vu que l'al. 3 restant en vigueur, l'assureur annonce à l'autorité cantonale les non-payeurs de primes, et que l'office des poursuites a connaissance de ces défauts de paiement. Une alternative de la minorité propose de préciser ce qu'est la médecine d'urgence : toute prestation qui ne peut pas être repoussée, c'est-à-dire avec la crainte d'une atteinte à la santé, voire la mort, ou de la mise en danger d'une autre personne en l'absence de traitement immédiat. Outre le risque d'interprétation de ce qu'est le terme "immédiat", la phrase "crainte d'une atteinte à la santé" est une lapalissade chez quelqu'un qui est en demande de soins, car sa santé est déjà forcément atteinte. Il ne faut donc pas laisser non plus cette précision de la médecine d'urgence.	
	64	A	7bis	MFÄF se positionne contre l'al. 7bis qui est la poursuite de l'aberration de l'al.5. Les assureurs qui auront signalé les non-payeurs selon l'al. 3 toujours en vigueur, plutôt que de réduire les prestations, vont limiter le choix du fournisseur de prestations (sans pour autant réduire l'éventail des prestations) avec pour effet de diminuer les primes, cependant toujours dues, et qui pourront plus tard être reprises par le canton selon l'al. 5 !	
	64	A	7ter	L'al. 7ter nous paraît logique et en accord avec l'al. 6 : on ne va pas obliger un jeune qui vient d'avoir 18 ans à garder le contrat d'assurance pour lequel ses parents n'ont pas payé les primes.	

Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation

Autres propositions			
Nom	Art.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			

Stellungnahme von Haus- und Kinderärzte Schweiz mfe

Name / Organisation : Haus- und Kinderärzte Schweiz

Abkürzung der Organisation : mfe

Adresse : Effingerstrasse 2, 3011 Bern

Kontaktperson : Reto Wiesli

Telefon : 031 508 36 10

E-Mail : reto.wiesli@hausarzteschweiz.ch

Datum : 06.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2
Weitere Vorschläge	5

Allgemeine Bemerkungen	
Name	Bemerkung/Anregung
mfe	mfe begrüsst, dass die unterschiedlichen kantonalen Regelungen im Zusammenhang mit den Prämienausständen vereinheitlicht werden. Das Streichen der schwarzen Liste wird als sinnvoll erachtet.
mfe	Die geplanten Gesetzesänderungen betr. minderjährige Personen werden sehr begrüsst. Es ist sinnvoll, gesetzlich vorzusehen, dass die Prämien minderjähriger Personen vollständig von deren Eltern geschuldet sind, auch nach dem Eintritt der Jugendlichen ins Erwachsenenalter. Damit kann gewährleistet werden, dass die Jugendlichen nicht schon mit Prämien schulden und den damit verbundenen negativen Konsequenzen ins Erwachsenenalter einsteigen müssen.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)					
Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
mfe	61a	1,2		mfe begrüsst die ausdrückliche Verankerung der solidarischen Verpflichtung der Eltern für die Prämien der minderjährigen Kinder sowie der Möglichkeit desjenigen Elternteils, der Unterhaltszahlungen leistet, welche die Prämien umfassen, sich von der solidarischen Verpflichtung zu entlasten.	
mfe	64	1 bis		Für die Kostenbeteiligung gilt das unter Art. 61a Gesagte analog.	
mfe	64a	6		Es ist grundsätzlich festzuhalten, dass es für die Versicherten nicht immer verständlich ist, ob sie die Versicherung wechseln	Abs. 6 streichen.

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				können oder noch unter das Wechselverbot fallen. Die Versicherten haben – insbesondere wenn die Zahlungen über die Gemeinde oder den Kanton laufen – oft keinen genauen Überblick. Die sie unterstützenden Ämter sind mangels genauer Faktenkenntnis oft ebenso unsicher, ob ein Wechsel möglich ist. Daneben führt das Wechselverbot dazu, dass Versicherte gegebenenfalls länger an höhere Prämien gebunden sind und deshalb oft gar nicht in der Lage sind, ihre Prämienkosten durch einen Wechsel zu einer günstigeren Versicherung zu optimieren. Daher wäre aus Sicht der Versicherten/Patienten wichtig, dass das Wechselverbot aufgehoben wird. Der Weg über ein Wechselverbot ist nicht der richtige Ansatz. Es müssten vielmehr andere Lösungen erarbeitet werden, um einerseits zu ermöglichen, dass die Versicherten zeitgerecht zu kostengünstigeren Versicherungen oder Versicherungsmodellen wechseln können, andererseits aber der administrative Aufwand der Versicherungen in Grenzen gehalten werden kann. Dieser Einwand scheint uns im Übrigen nicht stichhaltig: Wie auch in anderen Branchen, z.B. der Telefonie, soll jede Versicherung die Ausstände bewirtschaften, die während der Zeit ihres Vertragsverhältnisses mit dem Versicherten entstanden sind, und dies auch über das Vertragsverhältnis hinaus. Der Schutz der bisherigen Versicherung, dass die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen vor einem Wechsel vollständig zu bezahlen sind, kann daher nicht unterstützt werden. Der Vorteil der Möglichkeit eines Wechsels zu einer Versicherung mit günstigeren Prämien, auch wenn noch Beträge ausstehend sind, überwiegt hier eindeutig.	
mfe	64a	7		Die Aufhebung der Möglichkeit zur Erstellung von «schwarzen Listen» wird von mfe begrüsst.	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

mfe	64a	7bis		In der Vorlage wird vorgesehen, dass Personen, bei denen die Betreuung zu einem Verlustschein oder anderen Rechtstitel geführt hat, von den Versicherern in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers versichert werden. mfe ist nicht grundsätzlich dagegen, dass denjenigen Personen, die ihre Prämien nicht bezahlen, gewisse Vorschriften für deren Krankenversicherung gemacht werden. Diese können beispielsweise darin bestehen, dass ein preisgünstiges Versicherungsmodell gewählt werden muss, oder in eine Versicherung gewechselt werden muss, die tiefe Prämien hat. Demgegenüber ist der vorgesehene Ansatz, dass es sich um ein Modell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers handelt muss, verfehlt. mfe vertritt den Standpunkt, dass die Modelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers auf Freiwilligkeit beruhen müssen. Diese Modelle sollten nicht mit Zwang durchgesetzt werden, auch nicht bei Personen mit Prämien-schulden. Andernfalls werden diese Modelle zu reinen Sparmodellen, was aus Sicht von mfe falsch wäre. Im Vordergrund solcher Modelle, vor allem von Managed-Care-Modellen, muss weiterhin die Qualität stehen. Die Praxiserfahrung zeigt zudem, dass gerade diese Versicherten oft die Vorgaben des für sie geltenden Modells nicht verstehen und/oder sich häufig nicht an die Regeln der Managed-Care-Modellen halten, mit entsprechenden Mehraufwänden und Mehrkosten für die Leistungserbringer und damit auch für die Versicherer bzw. die Allgemeinheit. Zudem trägt bei Managed-Care-Modellen oft ein Netzwerk von Leistungserbringern einen Teil der finanziellen Verantwortung. Wenn sich Personen zwangsweise diesen Modellen anschliessen müssen und unter Umständen die entsprechenden Regeln nicht beachten, kann dies auch zu einem finanziellen Nachteil der Netzwerke führen. Damit würde für diese ein erheblicher Nachteil entstehen, da die Netzwerke keinen Einfluss auf die Personen, die durch ihr Modell versichert	
-----	-----	------	--	---	--

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

			wären, hätte. Die vorgeschlagene Regelung hätte somit höchst unerwünschte Konsequenzen und würde die Zielsetzung der Managed-Care-Modellen in Frage stellen. Die Freiwilligkeit ist aber auch bei anderen Modellen, die zu einer Einschränkung der Wahl des Leistungserbringers führen, von zentraler Bedeutung. Im Sinne des Gesagten würde mfe unterstützen, dass Personen mit Prämienschulden verpflichtet würden, sich bei Versicherungen mit tiefen Prämien (aber ohne Einschränkung der Wahl des Leistungserbringers) zu versichern. Es ist mfe bewusst, dass dies zu regelmässigen Wechseln der Krankenversicherung führen kann, was aber in Kauf genommen werden müsste. Zu umschreiben wäre, wie die in Frage kommenden Versicherungen festgelegt werden und in welchem Abstand gewechselt werden muss. Vgl. dazu auch die vorstehenden Ausführungen zum Wechselverbot. Die Details einer entsprechenden Regelung sind zwingend vom Bundesrat zu erlassen und können nicht den Versicherern überlassen werden. Dazu gehört auch die Regelung, wer bestimmt, welches Versicherungsmodell gewählt werden muss. Dies werden nach Meinung von mfe die Prämienzahler sein müssen, d.h. unter Umständen die Kantone, nicht jedoch die Versicherungen. Die Vorgaben dazu sind in der Verordnung des Bundesrates zu verankern.	
--	--	--	--	--

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Erreur ! Source du renvoi in- trouvable.			
---	--	--	--

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft

Abkürzung der Organisation : SSO

Adresse : Münzgraben 2, 3001 Bern

Kontaktpersonen : RA Simon Gassmann, Generalsekretär SSO / RA Ivo Bühler, Rechtsdienst SSO

Telefon : 031 313 31 31

E-Mail : sekretariat@sso.ch

Datum : 3. September 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2
Weitere Vorschläge	

Allgemeine Bemerkungen

Name	Bemerkung/Anregung
SSO	Die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft begrüsst die Abschaffung der kantonalen Listen betreffend den Leistungsaufschub von Versicherten sehr. Die Versicherer sollen das Risiko eines Prämienausstandes nicht an die Leistungserbringer weitergeben dürfen. Der Leistungsaufschub führt dazu, dass Leistungserbringer vor die Wahl gestellt werden, Versicherte, die sie nicht als Notfall behandeln können, abzuweisen oder vorerst unentgeltlich zu behandeln. Wenn die Ausstände nicht bezahlt werden, bleiben die Leistungserbringer auf ungedeckten Forderungen sitzen. Es ist nicht die Aufgabe der Leistungserbringer die Versicherten, durch Verweigerung der Behandlung, zu nötigen, um die Versicherungspflicht durchzusetzen. Der Leistungsaufschub gefährdet zudem die Versorgung von finanziell schlechter gestellten Versicherten und führt zu verschleppten Behandlungen, mit der Folge von höheren Kosten. Der Antrag der Minderheit zu Art. 64 Abs. 7 wird abgelehnt.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SSO	64a	7		Wir unterstützen die ersatzlose Streichung dieses Absatzes. Es ist nicht die Aufgabe der Leistungserbringer, durch Verweigerung einer Behandlung, die Versicherten zur Bezahlung der Prämien anzuhalten. Dies führt zu verschleppten Behandlungen und schlussendlich zu höheren Kosten. Der Minderheitsantrag wird abgelehnt.	Ersatzlose Streichung von Abs. 7

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Vereinigung unabhängiger Ärztinnen, Ärzte und Medizinstudierender

Abkürzung der Organisation : VUA

Adresse : Postfach 2309, 8031 Zürich

Kontaktperson : Benjamin Wenk

Telefon : 079 297 06 23

E-Mail : sekretariat@vua.ch

Datum : 05.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	Erreur ! Signet non défini.
Weitere Vorschläge	4

Allgemeine Bemerkungen	
Name	Bemerkung/Anregung
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	Das schweizerische Gesundheitswesen ist wohl eines der qualitativ besten, aber gleichzeitig auch das sozial am ungerechtesten finanzierte Gesundheitswesen aller OECD-Länder. Die Indikation zur Änderung der Art. 3 und 5 sowie 64a des KVG sind Ausdruck dieser Misere: 1. Das ärmste Quintil der Bevölkerung zahlt rund einen Sechstel ihres verfügbaren Haushaltseinkommens für Krankenkassenprämien. 2. Rund 5 % der Bevölkerung wird wegen ausstehender Krankenkassenprämien betrieben. 3. Die Summe der Verlustscheine wegen Prämien schulden übersteigt bald 400 Millionen oder 1,5% des gesamten Kosten der OKP. Es wird heute, 10 Jahre nach Änderung des Artikels 64a, kaum mehr bestritten, dass diese Prämien ausstände meist nicht zahlungsunwillige sondern zahlungs unfähige Personen betreffen, die zu allem armutsbedingten Elend hinzu auch noch für alle OKP-Leistungen gesperrt werden ausser «Notfällen», welche auch zu allem Überdru ss weder definiert noch definierbar sind! Diese Misere führt nicht nur zu grossem individuellen Leidensdruck (Ängste, Depressionen, psychosomatische Erkrankungen) sondern auch zu riesigen Kosten: 1. Neben den rund 400 Millionen Franken für Verlustscheine entstehen 2. höchstwahrscheinlich noch höhere Kosten für das Mahn- und Betreibungswesen sowie für 3. teure stationäre Behandlungen von schwer kranken Prämien schuldn er*innen, welche wegen Leistungssperren zu den günstigeren ambulanten Behandlungen keinen Zugang hatten. Die Mehrkosten dürften sich summarum wahrscheinlich auf gegen eine Milliarde Franken pro Jahr beziffern. Kostendämpfungsmassnahmen lassen grüssen!

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht) Vernehmlassungsverfahren

[illegible]

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Erreur ! Source du renvoi introuvable.		OKP-Leistungseinschränkungen mit den sogenannten schwarzen Listen wegen Prämienausständen sind 1. <u>Ungerecht</u>: Schuldner*innen gehören höchstwahrscheinlich zum untersten Einkommensquintil und beziehen keine IPV, weil sie dazu entweder sprachlich-administrativ zu unbeweglich oder weil sie zu stolz sind. 2. <u>Unethisch</u>: Nicht nur Betroffene von HIV, sondern auch solche von Diabetes, Herzinsuffizienz, Depressionen usw. könnten gesundheitliche Beschwerden, Schäden oder gar den Tod erleiden, wenn sie die Prämien nicht bezahlen (können!). 3. <u>Kostentreiber</u>: Stationäre Gesundheitsreparaturen kosten in der Regel mehr als die verweigerten ambulanten Interventionen,	
--	--	---	--

Präsident Paul Rechtsteiner
Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
3003 Bern

Per E-Mail an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 29. September 2020

16.312 Standesinitiative. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten - Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Präsident

Wir danken Ihnen für das Schreiben vom 15. Juni 2020 und die Möglichkeit, an der erwähnten Vernehmlassung teilnehmen zu dürfen.

Die vorgeschlagene Gesetzesänderung wird von curafutura grundsätzlich begrüsst. Die Tatsache, dass junge Erwachsene keine Prämien und Kostenbeteiligungen mehr schulden sollen, die während ihrer Minderjährigkeit angefallen sind, löst eine aktuell stossende Situation. Zudem steht curafutura seit Jahren schwarzen Listen kritisch gegenüber, weshalb wir ihre vorgesehene Abschaffung positiv beurteilen. Die Bewirtschaftung der Listen ist nämlich sowohl für die Krankenversicherer als auch für die Kantone – bei unklarem Nutzen – mit erheblichem Aufwand verbunden. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass die medizinische Grundversorgung betroffener Personen in wirtschaftlich und sozial schwacher Position teilweise nur ungenügend gewährleistet werden kann. Der Wegfall des Leistungsaufschubs nach Art. 64a Abs. 7 KVG bzw. der Einschränkung des Versichererwechsels nach Art. 64a Abs. 6 KVG mit der Übernahme des Verlustscheines ist ebenfalls eine positive Entwicklung.

Den Minderheitsantrag, mit dem im KVG für Kantone noch die Möglichkeit bestünde, Listen von säumigen Prämienzahlenden unter der Voraussetzung einer klareren Definition der Notfallbehandlung zu führen, lehnt curafutura hingegen ab. Die Definition des Notfalls ist problematisch und es besteht die Gefahr, dass in gewissen Fällen die medizinische Grundversorgung nur ungenügend gewährleistet werden kann.

Obwohl curafutura die Gesetzesänderung grundsätzlich begrüsst, gibt es gleichzeitig Anpassungsbedarf in der Vorlage.

- **Pflicht, die versicherte Person in einem Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer aufzunehmen:** Die Vorlage sieht im Moment vor, dass sobald für eine versicherte Person ein Verlustschein ausgestellt wird, der Versicherer die Person in eine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer aufnehmen muss. Diese Bestimmung lehnt curafutura ab. Erstens besteht die Gefahr, dass damit die Risikostruktur solcher Modelle verzerrt

wird, zuungunsten der Versicherten, die sich für ein solches Modell entschieden haben. Es ist deshalb notwendig, im Interesse der Versichertengemeinschaft diese Bestimmung aus dem Gesetz zu streichen. Zweitens würde die Bestimmung zu einem grossen administrativen Aufwand führen. Drittens, wie im erläuternden Bericht erwähnt, gibt es Versicherer, die keine solchen Modelle anbieten, weshalb diese Bestimmung nicht umsetzbar wäre. Diese Ausnahme würde unzulässige Ungleichbehandlungen zwischen einzelnen Krankenversicherern schaffen, abhängig davon, ob alternative Versicherungsmodelle angeboten werden.

- **Bewirtschaftung der Verlustscheine:** Es ist problematisch, dass mit der Gesetzesänderung keine einheitliche schweizweite Regelung eingeführt wird, sondern dass verschiedene Regelungen koexistieren würden. Eine optionale Regelung führt zu administrativen Zusatzkosten und einem kantonalen Umsetzungs-«Wildwuchs». curafutura vertritt deshalb den Standpunkt, dass die neu eingeführte Regel (Art. 64a Abs. 5) im Falle einer Umsetzung nicht optional sein soll, sondern schweizweit gelten soll. Auch ist der vorgeschlagene Prozentsatz von 90 Prozent zu niedrig, um die Ertragsausfälle aus der Verlustscheinbewirtschaftung zu kompensieren: Die entstehende finanzielle Lücke müsste über Prämien erhöhungen finanziert werden. Der Prozentsatz für die Übernahme der Forderungen soll so angesetzt sein, dass kein zusätzlicher Verlust resultiert: Dies wäre mit einem Prozentsatz von 92 Prozent der Fall. Zudem besteht gemäss Art. 64a Abs. 3 der Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aus ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreibungskosten. Das heisst, dass die Mahngebühren, die durchschnittlich ein Fünftel der Kosten betragen, nicht in diesem Gesamtbetrag eingeschlossen sind. Die Mahngebühren sollten deshalb im Gesamtbetrag eingeschlossen werden. Dies würde es erlauben, den korrekten Betrag der Forderungen zu widerspiegeln und die finanzielle Lücke, die für die Krankenversicherer bei einer Übernahme der Verlustscheine entsteht, zu reduzieren. Damit würden allfällige negative Auswirkungen einer Zunahme der Verlustscheine auf die Prämienentwicklung vermieden.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme. Gerne stehen wir Ihnen zur Verfügung, wenn Sie Fragen haben oder weitere Informationen benötigen.

Freundliche Grüsse
curafutura



Pius Zängerle
Direktor



Sandra Laubscher
Stv. Direktorin, Leiterin Gesundheitspolitik

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : curafutura

Abkürzung der Organisation : cf

Adresse : Gutenbergstrasse 14, 3011 Bern

Kontaktperson : Céline Antonini

Telefon : 031 310 0791

E-Mail : celine.antonini@curafutura.ch

Datum : 29. September 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	3

Allgemeine Bemerkungen	
Name	Bemerkung/Anregung
cf	Es ist zu begrüßen, dass junge Erwachsene keine Prämien und Kostenbeteiligungen, die während ihrer Minderjährigkeit angefallen sind, mehr schulden sollen. Dies löst eine aktuell stossende Situation.
cf	curafutura steht schwarzen Listen seit Jahren kritisch gegenüber, weshalb ihre Abschaffung positiv beurteilt wird. Die Bewirtschaftung der Listen ist sowohl für die KV als auch für die Kantone – bei unklarem Nutzen – mit erheblichem Aufwand verbunden. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass die medizinische Grundversorgung betroffener Personen in wirtschaftlich und sozial schwacher Position teilweise nur ungenügend gewährleistet werden kann. Der Wegfall des Leistungsaufschubs nach Art. 64a Abs. 7 KVG bzw. der Einschränkung des Versichererwechsels nach Art. 64a Abs. 6 KVG mit der Übernahme des Verlustscheines ist ebenfalls eine positive Entwicklung.
cf	Die Vorlage sieht vor, dass sobald für eine versicherte Person ein Verlustschein ausgestellt wird, der Versicherer die Person in eine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer aufnehmen muss. Diese Bestimmung lehnt curafutura ab. Erstens besteht die Gefahr, dass damit die Risikostruktur solcher Modelle verzerrt wird, zuungunsten der Versicherten, die sich für ein solches Modell entschieden haben. Es ist deshalb notwendig, im Interesse der Versichertengemeinschaft diese Bestimmung aus dem Gesetz zu streichen. Zweitens würde die Bestimmung zu einem grossen administrativen Aufwand führen. Drittens, wie im erläuternden Bericht erwähnt, gibt es Versicherer, die keine solchen Modelle anbieten, weshalb diese Bestimmung nicht umsetzbar wäre. Diese Ausnahme würde unzulässige Ungleichbehandlungen zwischen einzelnen Krankenversicherern schaffen, abhängig davon, ob alternative Versicherungsmodelle angeboten werden.
cf	Den Minderheitsantrag, mit dem im KVG für Kantone die Möglichkeit noch bestünde, Listen von säumigen Prämienzahlenden unter der Voraussetzung einer klareren Definition der Notfallbehandlung zu führen, lehnt curafutura hingegen ab. Die Definition des Notfalls ist problematisch und es besteht die Gefahr, dass in gewissen Fällen die medizinische Grundversorgung nicht gewährleistet werden kann.

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)					
Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
cf	61a	1		Wenn keine Eltern vorhanden sind, muss der Vormund für die Prämien aufkommen.	Die Prämien für das Kind sind bis zum Ende des Monats, in dem es volljährig wird, ausschliesslich von seinen Eltern oder dem Vormund solidarisch geschuldet.
cf	64	1bis		Wenn keine Eltern vorhanden sind, muss der Vormund für die Kostenbeteiligungen aufkommen.	Die Kostenbeteiligung für das Kind ist bis zum Ende des Monats, in dem es volljährig wird, ausschliesslich von seinen Eltern, vom Elternteil, der die Prämien schuldet oder vom Vormund solidarisch geschuldet.
cf	64a	1bis		Wenn keine Eltern vorhanden sind, muss der Vormund für die Prämien und Kostenbeteiligungen aufkommen. Das Wort „grundsätzlich“ muss entfernt werden.	Ist die versicherte Person minderjährig, sind die Bestimmungen zum Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen grundsätzlich auf ihre Eltern oder ihren Vormund anzuwenden.
cf	64a	3		Im Moment besteht der Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aus ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreibungskosten. Die Mahngebühren, die durchschnittlich ein Fünftel des Gesamtbetrags betragen, sind nicht eingeschlossen. Mahngebühren sind eine Aufwandentschädigung nach dem Verursacherprinzip. Damit werden jene Personen, welche die Prämien fristgerecht bezahlen, nicht unnötig belastet. Ohne angemessene Mahngebühren müssten die Aufwände für das Inkasso mit einem Prämienzuschlag abgegolten werden, wodurch alle Versicherten, welche	³ Der Versicherer gibt der zuständigen kantonalen Behörde die betroffenen Versicherten sowie, pro Schuldner und Schuldnerin, den Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse, und Mahngebühren und Betreibungskosten) bekannt, die während des berücksichtigten Zeitraumes zur Ausstellung eines Verlustscheines oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben. (...)

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				der Zahlungspflicht nachkommen, zusätzlich belastet würden. Eine Einbeziehung dieser Gebühren würde es erlauben, den korrekten Betrag der Forderungen zu widerspiegeln und die finanzielle Lücke, die für die Krankenversicherer bei einer Übernahme der Verlustscheine entsteht, zu reduzieren. Damit würden allfällige negative Auswirkungen einer Zunahme der Verlustscheine auf die Prämienentwicklung vermieden.	
cf	64a	4 und 5		curafutura erachtet es als sehr problematisch, dass keine einheitliche schweizweite Regelung eingeführt wird. Eine optionale Regelung führt zu administrativen Zusatzkosten und einem kantonalen Umsetzungs-«Wildwuchs». curafutura vertritt deshalb den Standpunkt, dass die neu eingeführte Regel im Fall einer Umsetzung nicht optional sein soll, sondern schweizweit gelten soll. Auch ist der vorgeschlagene Prozentsatz von 90 Prozent zu niedrig, um die Ertragsausfälle aus der Verlustscheinbewirtschaftung zu kompensieren: Die entstehende finanzielle Lücke müsste über Prämien erhöhungen finanziert werden. Der Prozentansatz für die Übernahme der Forderungen soll so angesetzt sein, dass kein zusätzlicher Verlust resultiert: Dies wäre mit einem Prozentsatz von 92 Prozent der Fall. Im Moment sind Zahlungen aus Forderungs minderungen durch Prämienverbilligungen oder Korrekturen aus rückwirkender Vertragsmutationen nicht geregelt, weshalb der Absatz noch präzisiert werden könnte.	4 Der Kanton vergütet dem Versicherer 85 Prozent der Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 waren. Der Versicherer bewahrt die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf. Sobald die Schuld vollständig oder teilweise gegenüber dem Versicherer beglichen ist, erstattet dieser 50 Prozent des erhaltenen Betrages an den Kanton zurück. 5 Übernimmt der Kanton zusätzlich fünf Prozent der Forderungen, Der Kanton vergütet dem Versicherer zusätzlich fünf Prozent der Forderungen 92 Prozent der Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 waren. die der Versicherer ihm nach Absatz 3 bekanntgegeben hat, so tritt der Versicherer ihm diese Forderungen ab. Der Versicherer tritt diese Forderungen dem Kanton ab. Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung. In diesen Fällen kann die

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

					versicherte Person den Versicherer und die Versicherungsform in Abweichung der Absätze 6 und 7 ^{bis} wieder wechseln.
cf	64a	6		s. Kommentar zu Art. 64a Abs. 3	⁶ In Abweichung von Artikel 7 kann die säumige versicherte Person den Versicherer nicht wechseln, solange die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und , Betreuungskosten und Mahngebühren nicht vollständig bezahlt sind. Artikel 7 Absätze 3 und 4 bleibt vorbehalten.
cf	64a	7	bis	Diese Bestimmung lehnt curafutura ab. Erstens besteht die Gefahr, dass damit die Risikostruktur solcher Modelle verzerrt wird, zuungunsten der Versicherten, die sich für ein solches Modell entschieden haben. Es ist deshalb notwendig, im Interesse der Versichertengemeinschaft diese Bestimmung aus dem Gesetz zu streichen. Zweitens würde die Bestimmung zu einem grossen administrativen Aufwand führen. Drittens, wie im erläuternden Bericht erwähnt, gibt es Versicherer, die keine solchen Modelle anbieten, weshalb diese Bestimmung nicht umsetzbar wäre. Diese Ausnahme würde unzulässige Ungleichbehandlungen zwischen einzelnen Krankenversicherern schaffen, abhängig davon, ob alternative Versicherungsmodelle angeboten werden.	^{7bis} Der Versicherer versichert die Personen, die er nach Absatz 3 der zuständigen kantonalen Behörde bekannt gegeben hat, in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers. Der Bundesrat kann Ausnahmen vorsehen und nähere Bestimmungen erlassen.
cf	64a	7	ter	Die aktuelle Formulierung könnte so interpretiert werden, dass jeder Mehrjährige mit Ausständen den Versicherer und Versicherungsform wechseln kann. Um Missverständnissen zu vermeiden, schlagen wir folgende alternative Formulierung vor.	^{7ter} Versicherte, die das 18. Altersjahr vollendet haben, können den Versicherer und die Versicherungsform in Abweichung der Absätze 6 und 7bis auf das Ende des Kalenderjahres wechseln. Dies unabhängig davon, ob Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

					oder Betreibungskosten für sie ausstehen. Soweit die Ausstände ausschliesslich aus dem Zeitraum vor Vollendung des 18. Altersjahrs stammen, bleibt dem Versicherten in Abweichung der Absätze 6 und 7^{bis} das ordentliche Kündigungsrecht auf das Ende des Kalenderjahres erhalten. (...)
Übergangsbestimmungen	1			S. auch Kommentare zu Art.64a Abs. 4 und 5 Unabhängig davon, ob die Kantone das Verfahren wählen können oder für alle Kantone das gleiche Verfahren angewandt wird, darf dieses nur für zukünftige Fälle ab Inkrafttreten gelten. Für Verlustscheine aus der Vergangenheit muss das bisherige Verfahren weiter gelten, mitunter da sich diese Fälle bereits in der aktiven Bewirtschaftung durch die Versicherer befinden. Eine Übergabe «alter» Fälle wäre weder aus Kundensicht noch aus Sicht des Kantons vorteilhaft (bspw. aufgrund laufender Abzahlungsvereinbarungen).	+Übernimmt ein Kanton zusätzlich 3 Prozent einer Forderung, von der er vor dem Inkrafttreten der Änderung vom..... bereits 85 Prozent nach Artikel 64a Absatz 4 übernommen hatte, so tritt der Versicherer ihm diese Forderung ab. Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung.

par-email :

Unité de direction Assurance maladie et accidents

Division Surveillance de l'assurance

aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch

Martigny, le 1^{er} octobre 2020

Consultation « 16.312 lv. ct. TG. Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie » - Position du Groupe Mutuel

Madame, Monsieur,

Votre lettre du 15 juin a retenu toute notre attention et nous avons l'honneur de vous communiquer la prise de position du Groupe Mutuel sur l'avant-projet de loi.

Introduction

L'avant-projet élaboré par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États a pour but d'améliorer l'ensemble de la procédure en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts par différentes mesures.

- **Abandon du statut de débiteur pour les assurés mineurs** : les mineurs ne sont eux-mêmes plus débiteurs de primes ou de participations aux coûts ; ce sont leurs parents qui assument cette responsabilité. A leur majorité, ces assurés ne peuvent donc pas être poursuivis pour des primes impayées. Ils peuvent choisir librement leur assureur-maladie.
- **Limitation du nombre de poursuites contre le même assuré** : les assureurs ne doivent pas pouvoir engager contre le même assuré plus de quatre procédures de poursuite par année.
- **Abandon des listes de mauvais payeurs** : ce système pratiqué par sept cantons (Thurgovie, Argovie, Lucerne, Schaffhouse, Saint-Gall, Tessin et Zoug) limite le droit aux prestations des assurés poursuivis pour défaut de paiement des primes à celles de la médecine d'urgence. L'avant-projet propose de supprimer ce système (proposition de la majorité). Une minorité propose toutefois de maintenir le système des listes de mauvais payeurs en définissant la notion de médecine d'urgence.
- **Affiliation d'office à un modèle d'assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations** : les assurés pour lesquels un acte de défaut de biens a été établi en raison du non-paiement de primes ou de participations aux coûts doivent passer à une forme d'assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations (par ex. au modèle du médecin de famille).

- **Possibilité de céder aux cantons les actes de défaut de biens à concurrence de 90% de la créance** : s'agissant de la gestion des actes de défaut de biens, deux possibilités sont prévues.
 1. Comme jusqu'à présent, le canton prend en charge 85 % des créances arriérées. L'assureur conserve l'acte de défaut de biens et rétrocède au canton 50 % des éventuels paiements ultérieurs de l'assuré.
 2. Le canton prend en charge 90 % des créances arriérées, reprend l'acte de défaut de biens et devient lui-même créancier. Selon le rapport explicatif, les cantons ayant une meilleure vue d'ensemble de la situation financière des assurés en retard de paiement, ils sont mieux à même d'évaluer comment ceux-ci peuvent régler leurs dettes.

Evaluation globale

Le Groupe Mutuel salue la volonté de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats d'améliorer l'ensemble de la procédure en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts.

Abandon du statut de débiteur pour les assurés mineurs

Le Groupe Mutuel est favorable à cette mesure. Si les parents ou les détenteurs de l'autorité parentale ont l'obligation d'assurer les personnes mineures domiciliées en Suisse, elles doivent être responsables du paiement des primes et de la participation aux coûts. L'inscription de cette responsabilité dans la loi garantit une égalité de traitement au niveau suisse.

Limitation du nombre de poursuites contre le même assuré

Le Groupe Mutuel est sur le principe favorable à cette mesure qu'il applique déjà, comme la plupart des assureurs, ce qui permet d'économiser des frais de recouvrement.

L'inscription dans la loi n'apporte donc, dans ce contexte, aucun bénéfice particulier et représente une atteinte à l'autonomie organisationnelle de l'assureur-maladie. Par ailleurs, la fixation d'un nombre maximum de procédures d'exécution entraîne également des frais administratifs supplémentaires pour les assureurs (notamment pour les procédures d'exécution des personnes qui ont changé d'assureur) et des délais supplémentaires qu'ils doivent respecter. Dès lors, pour ces motifs, **le Groupe Mutuel refuse cette mesure.**

Abandon des listes de mauvais payeurs et affiliation d'office des assurés grevés d'un acte de défaut de biens à une forme d'assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations

Le Groupe Mutuel est favorable à la suppression du système des listes de mauvais payeurs qui restreint drastiquement l'accès aux soins des assurés. Ce système est utilisé par un petit nombre de canton et instaure un système particulier qui complique les procédures de remboursement. Par ailleurs, il institue une inégalité de traitement entre les assurés quant à l'accès aux soins et peut conduire à des résultats dramatiques quand il s'agit d'interpréter ce qui relève de la médecine d'urgence ou non.

La **proposition de la minorité** de maintenir le système des listes noires et de définir ce qui relève de la médecine d'urgence (cf. art. 64a, al. 7, ap-LAMal) ne convainc pas, car elle ne supprime pas le caractère subjectif quant à l'octroi ou non de la prise en charge des prestations, ce qui est contraire à l'esprit de la LAMal qui offre de son côté un catalogue de prestations clairement définies pour lesquelles la prise en charge est assurée. **Le Groupe Mutuel rejette donc cette mesure.**

La **majorité propose pour sa part** l'obligation pour les assureurs de transférer les assurés grevés d'un acte de défaut de biens dans une forme d'assurance offrant un choix limité de fournisseurs de prestations. **Le Groupe Mutuel rejette également cette mesure**, qui restreint de façon disproportionnée la liberté des assurés de choisir le modèle d'assurance.

Pour les assureurs-maladie, l'instauration d'une telle règle au moment de la communication aux cantons d'un cas de poursuite pour dettes est beaucoup trop précoce, entraîne un énorme travail de traitement (mutations, réclamations). En outre, qui décide du modèle d'assurances avec limitation du choix des fournisseurs de prestations, lorsque plusieurs sont disponibles ? Que faire lorsque l'assuré refuse de se plier aux obligations liées au modèle imposé (actuellement, l'assuré qui ne se soumet pas aux obligations du modèle en est exclu et est assuré dans le modèle ordinaire prévu par la LAMal).

Droit pour le canton de reprendre les actes de défaut de biens à concurrence de 90% de la créance arriérée

Le Groupe Mutuel est favorable au principe de la cession des créances et actes de défauts aux cantons. Toutefois, **cette cession devrait revêtir un caractère obligatoire et le prix devrait être augmenté à 92 pourcents (au lieu de 90)** afin d'éviter une péjoration de la situation des payeurs de primes. En effet, les frais de relance et de recouvrement doivent également être pris en compte. Or ils ne sont pas mentionnés dans les éléments de créance à prendre en compte définis à l'alinéa 3 de l'article 64a LAMal.

Le principe de la cession assure une égalité de traitement des assurés ayant des dettes impayées dans les cantons et permet de ne pas compliquer inutilement le système.

Par ailleurs, **cette mesure doit être couplée avec la possibilité de conserver les actes de défaut de biens sous format électronique** (cf. Mo. 19.3694 Conservation électronique des actes de défauts de biens, déposée par Doris Fiala le 19 juin 2019), faute de quoi la procédure de cession reste lourde administrativement, sans compter les risques de perte de document. Il faut d'ailleurs relever que l'échange électronique des données avec les offices des poursuites (elp) ne comporte actuellement pas la possibilité d'informer les offices de poursuites de cette cession. Celle-ci devrait donc être introduite quel que soit le résultat de la consultation, afin de répondre au besoin actuel.

Le Groupe Mutuel s'oppose en revanche à la rétroactivité de la mesure telle que prévue dans la disposition transitoire (possibilité pour les cantons d'obtenir une cession de créance dont ils ont déjà pris en charge le 85%, moyennant le paiement de 3% supplémentaire) pour les raisons suivantes :

1. l'effet rétroactif n'est pas limité dans le temps. Les cantons peuvent donc demander des cessions de créances sur une période rétroactive de 20 années ;

2. une grande majorité des actes de défaut de bien sont sous format papier, ce qui occasionne un important transfert de documents ;
3. différents problèmes se posent pour les actes de défaut de biens, qui ont fait l'objet de remboursements partiels (calcul du solde à transférer) ou pour ceux cédés à des entreprises de recouvrement (égalité de traitement des assurés).

La mise en œuvre de la disposition impliquerait donc un travail administratif disproportionné et onéreux.

Echange électronique des données entre les assureurs et les cantons

Il est désormais indispensable que les procédures administratives intègrent les techniques informatiques modernes. Un échange de données uniforme électronique à l'échelle nationale pour l'art. 64a LAMal, analogue à l'échange de données existant sur les réductions de primes, doit donc être soutenu, d'autant plus qu'un système facultatif mis en place par santésuisse et la CDS existe déjà.

Une période transitoire doit être prévue pour sa mise en œuvre. La période d'un an devrait être suffisante car les concepts (concept d'échange de données, concept opérationnel) existent déjà, la plate-forme d'échange de données est utilisée avec sedex, le domaine correspondant existe et divers participants échangent déjà des données par voie électronique.

Nous vous souhaitons bonne réception de la présente et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos respectueuses salutations.

Groupe Mutuel Services SA


Dr Thomas J. Grichling
Directeur


Geneviève Aguirre
Experte Senior

Annexe : tableau synoptique des dispositions.

Copie à : gever@bag.admin.ch

Consultation : Iv.ct. TG 16.312. Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie - Tableau synoptique

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
<i>L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,</i> vu le rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États du [date de la décision de la commission], vu l'avis du Conseil fédéral du [date], <i>arrête:</i> I La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie est modifiée comme suit:			
<i>Art. 3, al. 1 et 1bis</i> 1 Toute personne majeure domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile.	Art. 3 Personnes tenues de s'assurer 1 Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse.		Accepté.
1bis Toute personne mineure domiciliée en Suisse doit être assurée par le détenteur de l'autorité parentale ou par son tuteur pour les soins en cas de maladie, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse.			Accepté. Si les parents ou les détenteurs de l'autorité parentale ont l'obligation d'assurer les personnes mineures domiciliées en Suisse, elles doivent être responsables du paiement des primes et de la participation aux coûts. L'inscription de cette

Consultation : lv.ct. TG 16.312. Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie - Tableau synoptique

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
			responsabilité dans la loi garantit une égalité de traitement au niveau suisse.
<i>Art. 5, al. 2, dernière phrase</i> 2 ... Le supplément de prime d'un enfant est exclusivement couvert par les parents de manière solidaire, ou par le parent débiteur de prime, ou par le tuteur.	Art. 5 Début et fin de la couverture d'assurance 2 En cas d'affiliation tardive, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation. L'assuré doit verser un supplément de prime si le retard n'est pas excusable. Le Conseil fédéral fixe, à cette fin, des taux indicatifs en tenant compte du niveau des primes au lieu de résidence de l'assuré et de la durée du retard. Si le paiement du supplément de prime met l'assuré dans la gêne, l'assureur réduit ce montant en tenant compte équitablement de la situation de l'assuré et des circonstances du retard.		Accepté.
<i>Art. 61a Débiteur de prime pour les enfants</i> 1 Les parents de l'enfant sont exclusivement débiteurs de ses primes de manière solidaire jusqu'à la fin du mois où il devient majeur.			Accepté.
2 Si un parent atteste qu'il est, en vertu d'une convention d'entretien			Accepté.

Consultation : lv.ct. TG 16.312. Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie - Tableau synoptique

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
ou d'une décision judiciaire, tenu de payer des contributions d'entretien qui englobent les primes et qu'il paie ces contributions d'entretien, seul l'autre parent est débiteur des primes.			
<i>L'art. 61a devient l'art. 61b</i>	Art. 61a Prélèvement des primes des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège Les primes des membres de la famille d'une personne qui est assurée parce qu'elle exerce une activité lucrative en Suisse, parce qu'elle touche une rente suisse ou parce qu'elle perçoit une prestation de l'assurance-chômage suisse sont prélevées auprès de ladite personne.		Sans commentaire.
Section 3 Participation aux coûts			
	Art. 64 1 Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient.		
<i>Art. 64, al. 1bis</i> 1bis La participation aux coûts pour l'enfant est exclusivement couverte, jusqu'à la fin du mois où il devient majeur, par ses parents de manière			Accepté.

Consultation : Iv.ct. TG 16.312. Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie - Tableau synoptique

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
solidaire ou par le parent débiteur des primes.			
<i>Section 3a Non-paiement des primes et des participations aux coûts</i>			
<i>Art. 64a, al. 1bis, 2, 2e et 3e phrases, 4, 5, 7, 7bis, 7ter, 7quater, 8, 2e phrase</i>	Art. 64a		
	1 Lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit; il lui impartit un délai de 30 jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement (al. 2).		
1bis Si l'assuré est mineur, les dispositions concernant le non-paiement des primes et des participations aux coûts s'appliquent en principe à ses parents. Pour les créances apparues pendant la période où la personne assurée est mineure, cela vaut également lorsque la personne ne l'est plus.		1bis Si l'assuré est mineur, les dispositions concernant le non-paiement des primes et des participations aux coûts s'appliquent en principe à ses parents. Pour les créances apparues pendant la période où la personne assurée est mineure, cela vaut également lorsque la personne ne l'est plus.	Proposition de modification. Le terme « en principe » doit être supprimé car cela ouvre la porte à des interprétations. En outre, il faut noter, que le cas des enfants pourvus de tuteurs et dont les primes n'ont pas été réglées n'est pas explicitement réglé par loi. La question d'un complément se pose donc.
2	2 Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus,		Refusé. Cette disposition représente une grave entorse à l'autonomie économique des assureurs-

Consultation : Iv.ct. TG 16.312. Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie - Tableau synoptique

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
Il peut poursuivre un assuré au maximum quatre fois au cours d'une année civile pour ses propres primes et pour celles d'un enfant.	l'assureur doit engager des poursuites. Le canton peut exiger que l'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs qui font l'objet de poursuites.	Il peut poursuivre un assuré au maximum quatre fois au cours d'une année civile pour ses propres primes et pour celles d'un enfant.	maladie et ne se justifie pas compte tenu que la plupart des assureurs-maladie limitent déjà volontairement le nombre de poursuite à l'encontre d'un assuré.
	3 L'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs concernés et, pour chacun, le montant total des créances relevant de l'assurance obligatoire des soins (primes et participations aux coûts arriérées, intérêts moratoires et frais de poursuite) pour lesquelles un acte de défaut de biens ou un titre équivalent a été délivré durant la période considérée. Il demande à l'organe de contrôle désigné par le canton d'attester l'exactitude des données communiquées et transmet cette attestation au canton.		
4 Le canton prend en charge 85 % des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3. L'assureur conserve les actes de défaut de biens et les titres équivalents jusqu'au	4 Le canton prend en charge 85 % des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3.1	4 Le canton prend en charge 85 % des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3. L'assureur conserve les actes de défaut de biens et les titres équivalents jusqu'au	Refusé avec proposition de modification. Le Groupe Mutuel souhaite que le canton reprenne obligatoirement

Consultation : Iv.ct. TG 16.312. Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie - Tableau synoptique

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
paiement intégral des créances arriérées. Dès que tout ou partie de la dette est payée à l'assureur, celui-ci rétrocède au canton 50 % du montant versé (<i>fusion des alinéas 4 et 5 du droit actuel</i>).		paiement intégral des créances arriérées. Dès que tout ou partie de la dette est payée à l'assureur, celui-ci rétrocède au canton 50 % du montant versé. ⁴ Le canton prend en charge 92 % des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3. L'assureur lui cède ses créances. Le canton informe l'assuré de la cession. Dans ces cas, l'assuré peut de nouveau changer d'assureur et de forme d'assurance en dérogation aux al. 6 et 7bis à l'alinéa 6.	les actes de défaut de biens à concurrence de 92%, afin de tenir compte des frais de relance est de recouvrement. Par ailleurs, seul ce régime doit être applicable, afin d'assurer une égalité de traitement entre les assurés ayant des dettes impayées dans les cantons et permet de ne pas compliquer inutilement le système.
5 Si le canton prend en charge 5 % supplémentaires des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3, l'assureur lui cède ces créances. Le canton informe l'assuré de la cession. Dans ces cas, l'assuré peut de nouveau changer d'assureur et de forme d'assurance en dérogation aux al. 6 et 7bis.	5 L'assureur conserve les actes de défaut de biens et les titres équivalents jusqu'au paiement intégral des créances arriérées. Dès que l'assuré a payé tout ou partie de sa dette à l'assureur, celui-ci rétrocède au canton 50 % du montant versé par l'assuré.	5 Si le canton prend en charge 5 % supplémentaires des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3, l'assureur lui cède ces créances. Le canton informe l'assuré de la cession. Dans ces cas, l'assuré peut de nouveau changer d'assureur et de forme d'assurance en dérogation aux al. 6 et 7bis.	Refusé.
6 En dérogation à l'art. 7, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant que ses arriérés de primes, de participations aux coûts, d'intérêts moratoires et de frais de poursuite ne sont pas payés	6 En dérogation à l'art. 7, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et	6 En dérogation à l'art. 7, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant que ses arriérés de primes, de participations aux coûts, d'intérêts moratoires et de frais de poursuite ne sont pas	Accepté avec modification. Seuls les assurés dont les actes de défaut de biens ont été repris par le canton à concurrence de 92 % peuvent changer d'assureur.

Consultation : Iv.ct. TG 16.312. Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie - Tableau synoptique

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
intégralement. L'art. 7, al. 3 et 4, est réservé.	les frais de poursuite. L'art. 7, al. 3 et 4, est réservé.	payés intégralement. L'art. 7, al. 3 et 4, est réservé.	Ceux dont l'acte de défaut de bien n'a pas été cédé au canton (soit ceux avec des actes de défaut de biens antérieurs à l'entrée en vigueur de la loi qui ne sont pas cédés aux cantons, selon la proposition du Groupe Mutuel).
7 Abrogé	7 Les cantons peuvent tenir une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes malgré les poursuites, liste à laquelle n'ont accès que les fournisseurs de prestations, la commune et le canton. Sur notification du canton, l'assureur suspend la prise en charge des prestations fournies à ces assurés, à l'exception de celles relevant de la médecine d'urgence, et avise l'autorité cantonale compétente de la suspension de sa prise en charge et, lorsque les assurés ont acquitté leurs créances, de l'annulation de cette suspension.		Accepté. Le système de liste restreint drastiquement l'accès aux soins des assurés. Ce système est utilisé par un petit nombre de canton et instaure un système particulier qui complique les procédures de remboursement. Par ailleurs, il institue une inégalité de traitement entre les assurés quant à l'accès aux soins et peut conduire à des résultats dramatiques quand il s'agit d'interpréter ce qui relève de la médecine d'urgence ou non
	8 Le Conseil fédéral règle les tâches de l'organe de révision et désigne les titres jugés équivalents à un acte de défaut de biens. Il règle		

Consultation : lv.ct. TG 16.312. Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie - Tableau synoptique

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
	également les modalités de la procédure de sommation et de poursuite ainsi que les modalités de transmission des données des assureurs aux cantons et des versements des cantons aux assureurs.		
	9 Le Conseil fédéral édicte des dispositions sur le non-paiement des primes et des participations aux coûts des personnes tenues de s'assurer qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège. Si le droit de l'État concerné permet à l'assureur de recouvrer les primes et participations aux coûts impayées, le Conseil fédéral peut obliger les cantons à prendre en charge 85 % des créances ayant fait l'objet de l'annonce visée à l'al. 3. Si le droit de l'État concerné ne le permet pas, le Conseil fédéral peut accorder aux assureurs le droit de suspendre la prise en charge des coûts des prestations		
<i>Minorité (Häberli-Koller, Bischof, Kuprecht, Müller Damian)</i>			

Consultation : Iv.ct. TG 16.312. Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie - Tableau synoptique

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
<i>al. 7, 3e et 4e phrases</i> <i>7. Une prestation relevant de la médecine d'urgence consiste en une prestation qui ne peut pas être repoussée. C'est le cas lorsque l'assuré, en l'absence d'un traitement immédiat, doit craindre une atteinte à la santé, voire la mort, ou peut mettre en danger la santé d'une autre personne.</i>		7. Une prestation relevant de la médecine d'urgence consiste en une prestation qui ne peut pas être repoussée. C'est le cas lorsque l'assuré, en l'absence d'un traitement immédiat, doit craindre une atteinte à la santé, voire la mort, ou peut mettre en danger la santé d'une autre personne.	Refusé. La définition de ce qui relève de la médecine d'urgence (cf. art. 64a, al. 7, ap-LAMal) ne convainc pas, car elle ne supprime pas le caractère subjectif quant à l'octroi ou non de la prise en charge des prestations, ce qui est contraire à l'esprit de la LAMal qui offre de son côté un catalogue de prestations clairement définies pour lesquelles la prise en charge est assurée.
7bis L'assureur affilié à une assurance avec choix limité du fournisseur de prestations les assurés qu'il a annoncés à l'autorité cantonale compétente conformément à l'al. 3. Le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions et édicter d'autres dispositions.		7bis L'assureur affilié à une assurance avec choix limité du fournisseur de prestations les assurés qu'il a annoncés à l'autorité cantonale compétente conformément à l'al. 3. Le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions et édicter d'autres dispositions.	Refusé. Cette mesure restreint de façon disproportionnée la liberté des assurés de choisir le modèle d'assurance. Pour les assureurs-maladie, l'instauration d'une telle règle au moment de la communication aux cantons d'un cas de poursuite pour dettes est beaucoup trop précoce, entraîne un énorme travail de traitement (mutations, réclamations). Par ailleurs des difficultés pratiques se posent : qui décide du modèle d'assurances avec limitation du

Consultation : Iv.ct. TG 16.312. Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie - Tableau synoptique

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
			choix des fournisseurs de prestations, lorsque plusieurs sont disponibles ? Que faire lorsque l'assuré refuse de se plier aux obligations liées au modèle imposé ? Cette mesure se révèle en fin de compte favorable uniquement aux cantons qui achètent les actes de défaut de biens à un prix moindre.
7ter Les assurés qui ont atteint l'âge de 18 ans peuvent changer d'assureur et de forme d'assurance à la fin de l'année civile en dérogation aux al. 6 et 7bis, et ce indépendamment du fait que les primes, les participations aux coûts arriérées, les intérêts moratoires et les frais de poursuite soient impayés pour eux. Pour les membres de la famille tenus de s'assurer qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège, l'art. 4a s'applique.			Accepté. C'est la conséquence logique que les personnes mineures n'ont pas qualité de débiteur pour les primes, les participations aux coûts, les intérêts moratoires et les frais de poursuites en souffrances, liées à la période de leur minorité.
7quater Les cantons et les assureurs échangent leurs données selon une procédure uniforme. Le Conseil fédéral règle les modalités après avoir entendu les cantons et les assureurs.		7quater Les cantons et les assureurs échangent leurs données selon une procédure électronique uniforme. Le Conseil fédéral règle les modalités après avoir entendu les cantons et les assureurs.	Accepté avec modification. Un échange de données uniforme électronique à l'échelle nationale pour l'art. 64a LAMal, analogue à l'échange de données existant sur les réductions de primes, doit être

Consultation : Iv.ct. TG 16.312. Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie - Tableau synoptique

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
			soutenu, d'autant plus qu'un système facultatif mis en place par santésuisse et la CDS existe déjà.
8 Il règle également les modalités de la procédure de sommation et de poursuite ainsi que les modalités des versements des cantons aux assureurs.			Accepté.
II Dispositions transitoires de la modification du			
1 Si un canton prend en charge 3 % supplémentaires d'une créance dont il avait déjà pris en charge 85 % avant l'entrée en vigueur de la modification du, conformément à l'art. 64a, al. 4, l'assureur lui cède cette créance. Le canton informe l'assuré de la cession.		1 Si un canton prend en charge 3 % supplémentaires d'une créance dont il avait déjà pris en charge 85 % avant l'entrée en vigueur de la modification du, conformément à l'art. 64a, al. 4, l'assureur lui cède cette créance. Le canton informe l'assuré de la cession.	Refusé. La mise en œuvre de la disposition implique un travail administratif disproportionné et onéreux pour les raisons suivantes : 1. l'effet rétroactif n'est pas limité dans le temps. Les cantons peuvent donc demander des cessions de créances sur une période rétroactive de 20 années ; 2. une grande majorité des actes de défaut de bien sont sous format papier, ce qui occasionne un important transfert de documents. 3. Différents problèmes se posent pour les actes de défaut de biens, qui ont fait l'objet de

Consultation : Iv.ct. TG 16.312. Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie - Tableau synoptique

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
			remboursements partiels (calcul du solde à rembourser) ou pour ceux cédés à des entreprises de recouvrement (égalité de traitement des assurés).
2 Les art. 61a et 64, dans la version du ... s'appliquent aux assurés encore mineurs au moment de l'entrée en vigueur. Ils s'appliquent également à leurs primes, participations aux coûts, intérêts moratoires et frais de poursuite non payés au moment de l'entrée en vigueur.		3 Les cantons et les assureurs introduisent l'échange électronique de données selon l'art. 64a, al. 7, let. quater, dans un délai d'un an à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification.	Accepté et proposition d'un alinéa supplémentaire. Une période transitoire doit être prévue pour la mise en œuvre d'un échange de données électronique uniforme analogue à celui qui existe déjà pour les réductions de primes. La période d'un an devrait être suffisante car les concepts (concept d'échange de données, concept opérationnel) existent déjà, la plate-forme d'échange de données est utilisée avec sedex, le domaine correspondant existe et divers participants échangent déjà des données par voie électronique.

Consultation : Iv.ct. TG 16.312. Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie - Tableau synoptique

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
III 1 La présente loi est sujette au référendum. 2 Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.			

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach 1561
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch



Für Rückfragen:
Axel Reichlmeier
Direktwahl: +41 32 625 4252
Axel.Reichlmeier@santesuisse.ch

Versand per E-Mail an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Solothurn, 6. Oktober 2020

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zur Standesinitiative «Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten» Stellung nehmen zu können.

santésuisse begrüsst die grundsätzliche Stossrichtung der Vorlage. Wir beurteilen aber die Vorschläge unterschiedlich:

- Eltern, welche die Prämien-Schulden oder Schulden aus Kostenbeteiligungen der minderjährigen Personen zu verantworten haben, sollen dafür die Verantwortung tragen. Auch im Falle von Unterhaltszahlungen ist sicherzustellen, dass ein Elternteil die Prämien bezahlt. Um eine schweizweite Gleichbehandlung zu gewährleisten, ist das Gesetz anzupassen.
- Wir lehnen es ab, dass der Betreuungsrhythmus gesetzlich vorgegeben wird. Die meisten Versicherer fassen die offenen Forderungen bereits heute zusammen und betreiben vierteljährlich. Wie im erläuternden Bericht richtig steht, müssen die Versicherer als Gläubiger die

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Betreibungskosten auslegen und tragen in der Regel 15 Prozent der Verlustscheinforderung. Deshalb haben sie ein Interesse, möglichst wenige Betreibungskosten zu verursachen. Diese Vorschrift würde einen Eingriff in die Organisationsautonomie des Krankenversicherers bedeuten und ist daher abzulehnen. Die Höchstzahl der Betreibungen vorzuschreiben führt bei den Versicherern zudem zu administrativem Zusatzaufwand (insbesondere bei Betreibungen von Personen die den Versicherer gewechselt haben) und zu weiteren Fristen die sie beachten müssen.

- Wir sind grundsätzlich mit der Abtretung offener Forderungen und Verlustscheine an die Kantone einverstanden. Ein sachgerechterer Preis, um den Zusatzaufwand der Versicherer für die Administration zumindest teilweise decken zu können, würde gemäss unserer Kalkulation bei 92 Prozent der Forderungen liegen. Bei einem Preis von 90 Prozent besteht die Gefahr, dass die Prämienzahler schlechter gestellt sind als im heutigen System. Scheinbar beträgt der Unterschied, ob die Kantone wie heute 85 oder neu 90 Prozent der ausstehenden Forderungen bezahlen, lediglich 5 Prozent. Diese Annahme ist jedoch täuschend. Die 85 Prozent gemäss Art. 64a Abs. 4 KVG beziehen sich auf die in Absatz 3 desselben Artikels definierten Forderungsbestandteile. Ein Verlustschein jedoch besteht, nebst der Grundforderung, Gerichts- und Betreibungskosten und Zinsen, noch aus einer vierten Komponente: den Mahn- und Inkassokosten, deren Forderung der Versicherer im Gegensatz zu heute ebenfalls verliert.
- Eine generelle Übergabe alter Fälle ist komplex und wäre oftmals weder aus Kundensicht noch aus Sicht des Kantons vorteilhaft (bspw. aufgrund laufender Abzahlungsvereinbarungen). Allerdings wäre es denkbar, dass Versicherer und Kantone im Einzelfall zuerst prüfen, ob sich eine Verlustscheinübernahme lohnt, das heisst, der administrative Aufwand nicht zu gross ist. Beide könnten nach der Prüfung entscheiden, ob die Übernahme vollzogen wird oder nicht.
- Die Lösung sollte für alle Kantone gleichermassen verbindlich sein. Mit der Abtretung der Verlustscheine an den Kanton hat die versicherte Person neu gegenüber dem Versicherer keine Schulden mehr und kann den Versicherer wechseln. Um eine Ungleichbehandlung der versicherten Personen mit offenen Forderungen in Abhängigkeit des Wohnkantons zu verhindern und um das System nicht unnötig zu verkomplizieren, muss die Verlustscheinübernahme für alle Kantone verbindlich gelten. Eine «Kann»-Formulierung ist daher nicht zielführend.
- santésuisse ist gegen Listen säumiger Prämienzahler, die Aufhebung des Absatzes 7 ist daher zu begrüßen und der Antrag der Minderheit abzulehnen. Der administrative Aufwand für die Listen steht in keinem Verhältnis zum Nutzen. Es gibt keinen Nachweis, dass eine Liste die Zahlungsmoral erhöht. Die Listen säumiger Prämienzahler werden immer länger und die Kosten der Kantone für unbezahlte Prämien steigen auch in den Listenkantonen trotzdem weiter.
- Ein schweizweit einheitlicher Datenaustausch für den Art. 64a KVG analog zum bestehenden erfolgreichen Datenaustausch Prämienverbilligung (gemäss Art. 65 Abs. 2 KVG) ist zu begrüßen und zu unterstützen. santésuisse und die GDK haben einen solchen (freiwilligen) Datenaustausch bereits etabliert. Für die schweizweite Umsetzung des einheitlichen Datenaustausches analog zum bereits bestehenden Datenaustausch Prämienverbilligung muss aber eine Übergangsfrist vorgesehen werden.

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Detaillierte Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln:

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
			--
	<i>I</i>		--
	Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:		--
Art. 3 ¹ Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter beziehungsweise ihrer gesetzlichen Vertreterin versichern lassen.	Art. 3 ¹ <u>Volljährige Personen mit Wohnsitz in der Schweiz müssen sich innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme für Krankenpflege versichern oder von ihrer gesetzlichen Vertreterin oder ihrem gesetzlichen Vertreter versichern lassen.</u> ^{1bis} <u>Minderjährige Personen mit Wohnsitz in der Schweiz müssen innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz von der Inhaberin oder vom Inhaber der elterlichen Sorge oder vom Vormund für Krankenpflege versichert werden.</u>		Die Anpassungen in Art. 3 sind zu unterstützen. Die Eltern, respektive die Inhaberin oder der Inhaber der elterlichen Sorge oder der Vormund haben die Pflicht, minderjährige Personen rechtzeitig bei einem Krankenversicherer zu versichern. Auch sollen Eltern, welche Prämien-Schulden oder Schulden aus Kostenbeteiligungen der minderjährigen Personen zu verantworten haben, dafür die Verantwortung tragen. Um eine schweizweite Gleichbehandlung zu gewährleisten, ist das Gesetz anzupassen.
Art. 5 ² Bei verspätetem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts. Bei nicht entschuldbarer Verspätung entrichtet die versicherte Person einen Prämienzuschlag. Der Bundesrat legt dafür die Richtsätze fest und berücksichtigt dabei die Höhe der Prämien am Wohnort der versicherten Person und die Dauer der Verspätung. Für Versicherte, bei denen	Art. 5 ² Bei verspätetem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts. Bei nicht entschuldbarer Verspätung entrichtet die versicherte Person einen Prämienzuschlag. Der Bundesrat legt dafür die Richtsätze fest und berücksichtigt dabei die Höhe der Prämien am Wohnort der versicherten Person und die Dauer der Verspätung. Für Versicherte, bei denen		Die Anpassung in Art. 5 Abs. 2 folgt aus den Anpassungen in Art. 3 und ist zu unterstützen.

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
die Entrichtung des Beitragszuschlages eine Notlage zur Folge hätte, setzt der Versicherer den Beitragszuschlag herab, wobei er der Lage der Versicherten und den Umständen der Verspätung angemessen Rechnung trägt.	die Entrichtung des Beitrags-zuschlages eine Notlage zur Folge hätte, setzt der Versicherer den Beitragszuschlag herab, wobei er der Lage der Versicherten und den Um-ständen der Verspätung angemessen Rechnung trägt. <u>Der Prämienzuschlag eines Kindes ist ausschliesslich von den Eltern solidarisch oder vom Elternteil, der dessen Prämien schuldet, oder vom Vormund geschuldet.</u>		
	Art. 61a ¹ Die Prämien für das Kind sind bis zum Ende des Monats, in dem es voll-jährig wird, ausschliesslich von seinen Eltern solidarisch geschuldet. ² Weist ein Elternteil nach, dass er ge-mäss einem Unterhaltsvertrag oder ei-nem gerichtlichen Entscheid verpflich-tet ist, Unterhaltsbeiträge zu bezah-len, welche die Prämien umfassen, und dass er diese Unterhaltsbeiträge bezahlt, schuldet nur der andere El-ternteil die Prämien.	² Weist ein Elternteil nach, dass er ge-mäss einem Unterhaltsvertrag oder ei-nem gerichtlichen Entscheid verpflich-tet ist, Unterhaltsbeiträge zu bezah-len, welche die Prämien umfassen, und dass er diese Unterhaltsbei-träge bezahlt, schuldet nur der andere El-ternteil die Prämien.	Die Anpassungen in Art. 61a Abs. 1 sind zu unterstützen. Es ist aber zu beachten, dass Kinder erst zu Beginn des entsprechenden nächsten Kalen-derjahres zu „jungen Erwachsenen“ gemäss KVG werden (Art. 16a KVG) und auch erst dann die entsprechende Prämie zahlen. Das heisst, es gibt Volljährige, die noch ein paar Monate die Kinderprämie zahlen. Eltern, welche die Prämien-schulden oder Schulden aus Kostenbeteiligun-gen der minderjährigen Personen zu verantworten haben, sollen dafür die Verantwortung gemeinsam tragen. Die Prämien-schuld sollte dabei direkt unter den Eltern geklärt werden und es sollte auch die Möglich-keit bestehen, dass sie sich direkt untereinan-der belangen. Es ist nicht Aufgabe des Krankenversicherers, die vertragli-chen Regeln und deren Einhaltung zwischen den Eltern zu prüfen.

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
Art. 61a Die Prämien der Familienangehörigen einer auf Grund einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz, des Bezugs einer schweizerischen Rente oder einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung versicherten Person werden bei dieser Person erhoben.	Art. 61b Die Prämien der Familienangehörigen einer auf Grund einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz, des Bezugs einer schweizerischen Rente oder einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung versicherten Person werden bei dieser Person erhoben.		Keine Bemerkung.
Art. 64 ¹ Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen.	Art. 64 ¹ Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. ^{1bis} <u>Die Kostenbeteiligung für das Kind ist bis zum Ende des Monats, in dem es volljährig wird, ausschliesslich von seinen Eltern solidarisch oder vom Elternteil, der die Prämien schuldet, geschuldet.</u>	^{1bis} <u>Die Kostenbeteiligung für das Kind ist bis zum Ende des Monats, in dem es volljährig wird, ausschliesslich von seinen Eltern solidarisch oder vom Elternteil, der die Prämien schuldet, geschuldet.</u>	Die Ergänzung von Art. 64 ist grundsätzlich zu unterstützen. Wie bereits zu Art. 61a Abs. 2 bemerkt, sollte dabei die Frage der Kostenbeteiligung jedoch direkt unter den Eltern geklärt werden, zumal nicht sichergestellt ist, dass der andere Elternteil einen regelmässigen Beitrag an die Kostenbeteiligung seines Kindes leistet.
Art. 64a ¹ Beahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so hat der Versicherer ihr, nach mindestens einer schriftlichen Mahnung, eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzuges (Abs. 2) hinzuweisen.	Art. 64a ¹ Beahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so hat der Versicherer ihr, nach mindestens einer schriftlichen Mahnung, eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzuges (Abs. 2) hinzuweisen.		

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	^{1bis} Ist die versicherte Person minderjährig, sind die Bestimmungen zum Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen grundsätzlich auf ihre Eltern anzuwenden. Für Forderungen, die während der Zeit entstehen, in der die versicherte Person minderjährig ist, gilt dies auch, wenn sie es nicht mehr ist.	^{1bis} Ist die versicherte Person minderjährig, sind die Bestimmungen zum Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen grundsätzlich auf ihre Eltern anzuwenden. Für Forderungen, die während der Zeit entstehen, in der die versicherte Person minderjährig ist, gilt dies auch, wenn sie es nicht mehr ist.	Die Ergänzung von Art. 64a ist zu unterstützen. Die Schulden bleiben auch nach Erreichen der Volljährigkeit der versicherten Person Schulden der Eltern. Das Kind darf nicht für die Schulden seiner Eltern zur Rechenschaft gezogen werden. Es bleibt unklar, warum die Regelung nur „grundsätzlich“ gilt. Das Wort sollte aus Art. 64a Abs. 1bis entfernt werden, da es zu schwammig ist und somit einen grossen Interpretationsspielraum bietet. Ausnahmen müssten ansonsten aufgeführt werden.
² Beahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht innert der gesetzten Frist, so muss der Versicherer die Betreuung anheben. Der Kanton kann verlangen, dass der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde die Schuldnerinnen und Schuldner, die betrieben werden, bekannt gibt.	² Beahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht innert der gesetzten Frist, so muss der Versicherer die Betreuung anheben. Der Kanton kann verlangen, dass der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde die Schuldnerinnen und Schuldner, die betrieben werden, bekannt gibt. <u>Eine Person darf in einem Kalenderjahr höchstens je vier Mal für eigene Prämien und für Prämien eines Kindes betrieben werden. Der Kanton kann verlangen, dass der Versicherer ihm die von dessen Betreuung betroffenen Personen bekannt gibt.</u>	² Beahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht innert der gesetzten Frist, so muss der Versicherer die Betreuung anheben. Der Kanton kann verlangen, dass der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde die Schuldnerinnen und Schuldner, die betrieben werden, bekannt gibt. <u>Eine Person darf in einem Kalenderjahr höchstens je vier Mal für eigene Prämien und für Prämien eines Kindes betrieben werden. Der Kanton kann verlangen, dass der Versicherer ihm die von dessen Betreuung betroffenen Personen bekannt gibt.</u>	Die meisten Versicherer fassen die offenen Forderungen bereits heute zusammen und betreiben vierteljährlich. Wie im erläuternden Bericht richtig steht, müssen die Versicherer als Gläubiger die Betreuungskosten vorgängig entrichten und in der Regel 15 Prozent der Verlustscheinforderung tragen. Deshalb haben sie ein Interesse, möglichst wenige Betreuungskosten zu verursachen. Die Vorschrift bedeutet einen unnötigen Eingriff in die Autonomie der Versicherer und ist daher abzulehnen. Die Höchstzahl der Betreibungen vorzuschreiben führt zudem bei den Versicherern zu administrativem Zusatzaufwand (insbesondere bei Betreibungen von Personen die den Versicherer gewechselt haben) und zu weiteren Fristen die sie beachten müssen. Die Versicherer können selber am besten

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
³ Der Versicherer gibt der zuständigen kantonalen Behörde die betroffenen Versicherten sowie, pro Schuldner und Schuldnerin, den Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse und Betreuungskosten) bekannt, die während des berücksichtigten Zeitraumes zur Ausstellung eines Verlustscheines oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben. Er ersucht die vom Kanton bezeichnete Revisionsstelle, die Richtigkeit der Daten, die er dem Kanton bekannt gegeben hat, zu bestätigen und übermittelt die Bestätigung dem Kanton. ⁴ Der Kanton übernimmt 85 Prozent der Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 waren.	³ Der Versicherer gibt der zuständigen kantonalen Behörde die betroffenen Versicherten sowie, pro Schuldner und Schuldnerin, den Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse und Betreuungskosten) bekannt, die während des berücksichtigten Zeitraumes zur Ausstellung eines Verlustscheines oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben. Er ersucht die vom Kanton bezeichnete Revisionsstelle, die Richtigkeit der Daten, die er dem Kanton bekannt gegeben hat, zu bestätigen und übermittelt die Bestätigung dem Kanton. ⁴ <u>Der Kanton vergütet dem Versicherer 85 Prozent der Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 waren. Der Versicherer bewahrt die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf. Sobald die Schuld vollständig oder teilweise gegenüber dem Versicherer beglichen ist, erstattet dieser 50 Prozent des erhaltenen Betrages an den Kanton zurück.</u>	⁴ <u>Der Kanton vergütet dem Versicherer 85 Prozent der Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 waren. Der Versicherer bewahrt die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf. Sobald die Schuld vollständig oder teilweise gegenüber dem Versicherer beglichen ist, erstattet dieser 50 Prozent des erhaltenen Betrages an den Kanton zurück, maximal jedoch bis zu 50 Prozent der Forderungen nach Absatz 3.</u>	beurteilen, wie viele Betreibungen in welchem Fall und bei welchem Kunden sinnvoll sind. Die Anpassung zur Bekanntgabe der von einer Betreibung betroffenen Personen, in diesem Fall die minderjährigen Kinder, folgt aus den Anpassungen in Art. 3 und Art. 5 Abs. 2 und ist zu unterstützen. Falls unserem Vorschlag zur Anpassung von Absatz 5 Folge geleistet wird, ist dieser Absatz obsolet und kann aufgehoben werden. Falls unserem Vorschlag zur Anpassung von Absatz 5 nicht Folge geleistet wird, sollte geklärt werden, von welchem Betrag bei einer Zahlung durch die versicherte Person die Krankenversicherer eine Rückzahlung an die Kantone machen müssen. Sind es Zahlungen auf die in Absatz 3 erwähnten Forderungskomponenten oder be-

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
⁵ Der Versicherer bewahrt die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf. Sobald die versicherte Person ihre Schuld vollständig oder teilweise gegenüber dem Versicherer beglichen hat, erstattet dieser 50 Prozent des von der versicherten Person erhaltenen Betrages an den Kanton zurück.	⁵ <u>Übernimmt der Kanton zusätzlich fünf Prozent der Forderungen, die der Versicherer ihm nach Absatz 3 bekanntgegeben hat, so tritt der Versicherer ihm diese Forderungen ab. Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung. In diesen Fällen kann die versicherte Person den Versicherer und die Versicherungsform in Abweichung der Absätze 6 und 7^{bis} wieder wechseln.</u>	⁵ <u>Der Kanton übernimmt 92 Prozent</u> Übernimmt der Kanton zusätzlich fünf Prozent der Forderungen, die der Versicherer ihm nach Absatz 3 bekanntgegeben hat. Der Versicherer tritt so <u>tritt der Versicherer ihm im Gegenzug diese Forderungen ab. Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung. In diesen Fällen kann die versicherte Person den Versicherer und die Versicherungsform in Abweichung der Absätze 6 und 7^{bis} wieder wechseln.</u>	trifft es Zahlungen auf die Verlustscheingesamtforderung, also inklusive Mahngebühren? Das Gesetz sieht keine Beteiligung der Kantone an den unbezahlten internen Kosten des Mahn- und Inkassoverfahrens, den Mahn- und Inkassokosten vor. Diese Kosten werden dem säumigen Zahler belastet, um die Prozesskosten zu decken und die korrekt zahlenden Versicherten schadlos zu halten. Die Rückerstattung von 50% kann sich damit nur auf die Forderungen beziehen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 sind. Wir sind grundsätzlich mit der Abtretung offener Forderungen und Verlustscheine an die Kantone einverstanden. Aber wir sind der Meinung, mindestens 92 Prozent wären ein sachgerechter Preis. Bei einem Preis von 90 Prozent besteht die Gefahr, dass die Prämienzahler schlechter gestellt sind als im heutigen System. Zudem muss so ein grösserer Teil der unbezahlten Prämie und weiterer Kosten von den korrekt zahlenden Versicherten übernommen werden. Mit der Abtretung der Verlustscheine an den Kanton hat die versicherte Person neu gegenüber dem Versicherer keine Schulden mehr und kann den Versicherer wechseln.

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
⁶ In Abweichung von Artikel 7 kann die säumige versicherte Person den Versicherer nicht wechseln, solange sie die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die Verzugszinse und Betreuungskosten nicht vollständig bezahlt hat. Artikel 7 Absätze 3 und 4 bleibt vorbehalten. ⁷ 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	⁶ In Abweichung von Artikel 7 kann die säumige versicherte Person den Versicherer nicht wechseln, <u>solange die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betreuungskosten nicht vollständig bezahlt sind.</u> Artikel 7 Absätze 3 und 4 bleibt vorbehalten. ⁷ <i>Aufgehoben</i>		Um eine Ungleichbehandlung der versicherten Personen mit offenen Forderungen in den Kantonen zu vermeiden und um das System nicht unnötig zu verkomplizieren, muss die Verlustscheinübernahme für alle Kanton verbindlich gelten. Eine «Kann»-Formulierung ist abzulehnen, es darf kein Wahlrecht der Kantone geben. Kantonsindividuelle Lösungen verursachen hohe administrative Aufwände und eine Ungleichbehandlung der Versicherten. Falls die Wahlmöglichkeit mit der «Kann»-Formulierung für die Kantone bestehen bleibt, muss eine Mindestdauer eingeführt werden. Sollten die Kantone jährlich wechseln können, hätte dies einen noch grösseren, administrativen Aufwand zur Folge. Einverstanden. Das Wechselverbot soll beibehalten werden, solange offene Forderungen vorhanden sind. santésuisse ist gegen Listen säumiger Prämienzahler, die Aufhebung des Absatzes 7 ist daher zu begrüssen und der Antrag der Minderheit abzulehnen.

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
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.	Minderheit (Häberli-Koller, Bischof, Kuprecht, Müller Damian): ⁷ 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. <u>Eine Notfallbehandlung liegt vor, wenn die Behandlung nicht aufgeschoben werden kann. Dies ist der Fall, wenn die versicherte Person ohne sofortige Behandlung gesundheitliche Schäden oder den Tod befürchten muss oder die Gesundheit anderer Personen gefährden kann.</u>		Der administrative Aufwand für die Listen steht in keinem Verhältnis zum Nutzen. Es gibt keinen Nachweis, dass eine Liste die Zahlungsmoral erhöht. Die Listen säumiger Prämienzahler werden immer länger und die Kosten der Kantone für unbezahlte Prämien steigen auch in den Listenkantonen trotzdem weiter. Antrag Minderheit ist abzulehnen. Die Listen säumiger Prämienzahler haben sich nicht bewährt. Die Listen säumiger Prämienzahler werden immer länger und die Kosten der Kantone für unbezahlte Prämien steigen auch in den Listenkantonen trotzdem weiter. Der administrative Aufwand für die Listen steht in keinem Verhältnis zum Nutzen. Es gibt keinen Nachweis, dass eine Liste die Zahlungsmoral erhöht. Eine Definition oder eine Liste des Kantons, wann es sich um einen Notfall handelt, lösen das Problem nicht. Eine Definition Notfall ist abzulehnen. Ob etwas einen medizinischen Notfall darstellt, hängt von der individuellen Gesundheit und Situation einer Person ab. Es kann keine Positivliste definiert werden, wann ein medizinischer Notfall vorliegt. In Kantonen mit schwarzen Listen säumiger Prämienzahler muss die Auslegung folglich

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	^{7bis} Der Versicherer versichert die Personen, die er nach Absatz 3 der zuständigen kantonalen Behörde bekannt gegeben hat, in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers. Der Bundesrat kann Ausnahmen vorsehen und nähere Bestimmungen erlassen.	^{7bis} Der Versicherer versichert die Personen, die er nach Absatz 3 der zuständigen kantonalen Behörde bekannt gegeben hat, in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers. Der Bundesrat kann Ausnahmen vorsehen und nähere Bestimmungen erlassen.	von Fall zu Fall dem zuständigen medizinischen Fachpersonal überlassen werden. Im Sinne der Rechtssicherheit ist bei der in der Verfassung garantierten Gesundheitsversorgung ein föderalistischer Wildwuchs zu vermeiden. Eine Zuteilung der Versicherten in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl ist abzulehnen. Die Wahlfreiheit der Versicherten wird so übermässig eingeschränkt. Eine solche Regelung gemäss Art. 64a Abs. 3 KVG zum Zeitpunkt der Meldung eines Betreibungsereignisses an die Kantone ist zudem viel zu früh, würde einen enormen Bearbeitungsaufwand bei den Versicherern zur Folge haben (Mutationen, Beschwerden) und wäre für die Versicherten mit erheblichen Konsequenzen verbunden. Eine eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer führt auch zu zusätzlichem administrativem Aufwand, wenn der Versicherungsnehmer die Regeln nicht einhält. Zudem: Wer entscheidet über das konkrete Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl wenn ein Versicherer verschiedene Modelle anbietet? Eine Zuteilung löst auch das grundsätzliche Problem nicht. Es führt aber

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
⁸ Der Bundesrat legt die Aufgaben der Revisionsstelle fest und bezeichnet die einem Verlustschein gleichzusetzenden Rechtstitel. Er regelt die Einzelheiten des Mahn- und Betreibungsverfahrens, der Datenbekanntgabe der Versicherer an die Kantone sowie der Zahlungen der Kantone an die Versicherer.	<u>^{7ter} Versicherte, die das 18. Altersjahr vollendet haben, können den Versicherer und die Versicherungsform in Abweichung der Absätze 6 und 7^{bis} auf das Ende des Kalenderjahres wechseln. Dies unabhängig davon, ob Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse oder Betreibungskosten für sie ausstehen. Bei versicherungspflichtigen Familienangehörigen mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der europäischen Union, in Island oder Norwegen geht Artikel 4a vor.</u> <u>^{7quater} Die Kantone und die Versicherer tauschen ihre Daten nach einem einheitlichen Standard aus. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten, nachdem er die Kantone und die Versicherer angehört hat.</u>	<u>^{7ter} Versicherte, die das 18. Altersjahr vollendet haben, können den Versicherer und die Versicherungsform in Abweichung der Absätze 6 und 7^{bis} auf das Ende des Kalenderjahres wechseln, auch wenn Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse oder Betreibungskosten <i>aus ihrer Minderjährigkeit</i> für sie ausstehen. Bei versicherungspflichtigen Familienangehörigen mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der europäischen Union, in Island oder Norwegen geht Artikel 4a vor.</u> <u>^{7quater} Die Kantone und die Versicherer tauschen ihre Daten nach einem einheitlichen <i>elektronischen</i> Standard aus. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten, nachdem er die Kantone und die Versicherer angehört hat.</u>	zu einem nicht vertretbaren Mehraufwand bei den Versicherern, während einzig der Kanton profitiert. Einverstanden. Volljährige sollen nicht belangt werden für Forderungen aus ihrer Minderjährigkeit. Die Eltern sind neu Schuldner dieser Forderungen. Die Formulierung des Entwurfs ist allerdings unklar: Zwar sollen ausstehende Forderungen aus der Zeit vor Volljährigkeit einem Versicherungswechsel nicht im Wege stehen, aber ein solcher soll bei ausstehenden Forderungen, die im Zeitalter der Volljährigkeit entstanden sind, ausgeschlossen bleiben. Ein schweizweit einheitlicher Datenaustausch für den Art. 64a KVG analog zum bestehenden erfolgreichen Datenaustausch Prämienverbilligung ist zu begrüssen und zu unterstützen. Insbesondere da santésuisse und GDK einen solchen (freiwilligen) Datenaustausch bereits etabliert haben. Keine Bemerkung. Diese Anpassung folgt aus Absatz 7^{quater}.

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	zelheiten des Mahn- und Betreibungsverfahrens und der Zahlungen der Kantone an die Versicherer.		
	//		
	Übergangsbestimmung zur Änderung vom ... ¹ Übernimmt ein Kanton zusätzlich 3 Prozent einer Forderung, von der er vor dem Inkrafttreten der Änderung vom... bereits 85 Prozent nach Artikel 64a Absatz 4 übernommen hatte, so tritt der Versicherer ihm diese Forderung ab. Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung.	¹ Übernimmt ein Kanton zusätzlich 3 Prozent einer Forderung, von der er vor dem Inkrafttreten der Änderung vom... bereits 85 Prozent nach Artikel 64a Absatz 4 übernommen hatte, so tritt der Versicherer ihm diese Forderung ab. Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung.	Wir lehnen es ab, dass der Kanton den Anspruch zur Übernahme von «alten» Verlustscheinen erhält. Würde diese Übergangsbestimmung in Kraft treten und würden somit Kantone von dieser 3%-Regelung Gebrauch machen, würde ein grosser administrativer Aufwand sowohl auf die Versicherer als auch auf die Kantone zukommen. Gelder, welche bisher nicht forderungstilgend auf den Verlustscheinen gebucht wurden, müssen nun tilgend gebucht werden (85%+3%). Die Differenzbeträge (die restlichen 12%) müssen alle abgeschrieben werden. Sofern bereits Teilzahlungen auf den Verlustscheinen stattgefunden haben, ist der korrekte Betrag zu berechnen. Auch müssten bereits getroffene Abzahlungsabkommen entsprechend aufwändig abgelöst werden. Was geschieht weiter mit Verlustscheinforderungen, welche durch die Bewirtschaftung in Betreuung sind? Der Kanton läuft zudem Gefahr, Verlustscheine von verstorbenen Personen zu erhalten.

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	² Artikel 61a und 64 in ihrer Fassung vom ... sind auf die Versicherten anzuwenden, die bei deren Inkrafttreten minderjährig sind. Sie gelten auch für deren Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betreibungskosten, die vor dem Inkrafttreten unbezahlt waren.	¹ <u>Kantone und Versicherer können vereinbaren, dass Forderungen, die vor dem Inkrafttreten der Änderung vom ... entstanden sind, an den Kanton übergehen. Der Kanton hat den Versicherer angemessen zu entschädigen. Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung.</u> ³ <u>Die Kantone und Versicherer führen innerhalb von einem Jahr ab Inkrafttreten dieser Änderung den elektronischen Datenaustausch nach Artikel 64a Absatz 7^{quater} ein.</u>	Wenn ein Versicherer und ein Kanton im Vorfeld prüfen, wieviel administrativer Aufwand durch eine Übernahme entsteht, kann schon entschieden werden ob sich die Übernahme lohnt, oder ob darauf verzichtet werden soll. Wenn sowohl der Versicherer als auch der Kanton ihr Einverständnis geben für die Übernahme, kann diese vollzogen werden. Mit einer «doppelten Freiwilligkeit» wird sichergestellt, dass nur Verlustschiene von den Kantonen übernommen werden, wo der anfallende administrative Aufwand für den Versicherer und den Kanton in einem vertretbaren Rahmen liegt, so dass sich eine Übernahme auch für beide Seiten noch lohnt. Diese Vorgabe ist zu unterstützen. Für die Umsetzung eines einheitlichen Datenaustausches analog zum bereits bestehenden Datenaustausch Prämienverbilligung muss eine Übergangsfrist vorgesehen werden. Die Frist von einem Jahr sollte ausrei-

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
			chen, da die Konzepte (Datenaustauschkonzept, Betriebskonzept) bereits bestehen, mit sedex die Plattform für den Datenaustausch verwendet wird ist, die entsprechende Domäne existiert und bereits diverse Teilnehmer elektronisch Daten austauschen.
	///		
	¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum. ² Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.		

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse
Direktion



Verena Nold
Direktorin santésuisse

Abteilung Grundlagen



Dr. Christoph Kilchenmann
Leiter Abteilung Grundlagen

Per E-Mail

aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch;
gever@bag.admin.ch

Luzern, 01.10.2020

Vernehmlassungsantwort zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, Stellung zur Vernehmlassungsvorlage zur Änderung des Bundesgesetz über die Krankenversicherung nehmen zu können.

Wir befürworten die geplante Entlastung von jungen Erwachsenen für Schulden, die vor Erreichen der Volljährigkeit entstanden sind. In der Praxis zeigt sich immer wieder, dass junge Erwachsene oft erst mit Verzögerung und meist per Zufall von den Prämienausständen bei der Krankenversicherung aus der Kindheit erfahren. Meist geschieht dies erst, wenn der Versicherer ihnen einen Versicherungswechsel infolge Ausstände verweigert. Oft ist es den versicherten Personen nicht möglich, die hohen Schulden bei der Krankenversicherung zu begleichen. Zum Teil werden sie von der Versicherung für diese Ausstände betrieben, manche Versicherer verzichten darauf, verweigern jedoch einen Versichererwechsel.

Durch die Gesetzesänderung wird dieser Missstand behoben und die jungen Erwachsenen müssen weder für die Schulden eintreten, für die die Inhaber der elterlichen Sorge hätten aufkommen müssen, noch können sie an einem Versicherungswechsel gehindert werden.

Ebenfalls zielführend ist die Streichung von Art. 64a Abs. 7 KVG, womit zukünftig den Kantonen die Führung einer Liste säumiger Prämienzahler untersagt wird. Unseres Erachtens wurde durch die kantonale unterschiedliche Handhabung dieser Listen eine Ungleichheit geschaffen und Personen aus wirtschaftlich und sozial schwachen Schichten wurden benachteiligt. Das Ziel, die Zahlungsunwilligen zu bestrafen, wurde verfehlt und leider wurden vor allem die Zahlungsunfähigen dadurch benachteiligt. Durch die Aufhebung dieser Listen soll die Gleichbehandlung wieder hergestellt werden, was wir befürworten.

Die Möglichkeit, dass die Kantone selbst entscheiden können, ob sie 85 Prozent oder 90 Prozent der Verlustscheinforderung übernehmen wollen, und somit selbst bestimmen können, ob der Verlustschein beim Versicherer bleibt oder an die Kantone geht, klingt spannend und würde insbesondere für die Versicherten betreffend Versicherungswechsel Vorteile bringen. Dass jedoch je nach Kanton wieder unterschiedliche Systeme eingeführt werden, erachten wir als Nachteil und stellt unserer Erachtens für die Versicherten – je nach Wohnkanton – eine Ungleichbehandlung dar. Ebenfalls unklar bleibt, wann genau die Forderung als vollständig bezahlt gilt, so dass ein Wechsel möglich sein soll. Wir würden eine schweizweit einheitliche Regelung bevorzugen.

Unsere detaillierte Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen finden Sie im beiliegenden Formular.

Für die Kenntnisnahme und die wohlwollende Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen.

Freundliche Grüsse

Ombudsstelle Krankenversicherung



lic. iur. Morena Hostettler Socha, RA
Ombudsfrau



Barbara Wörsching-Würmli
Juristin MLaw

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Ombudsstelle Krankenversicherung

Abkürzung der Organisation : OM-KV

Adresse : Morgartenstrasse 9, Postfach 3565, 6002 Luzern

Kontaktperson : MLaw Barbara Wörsching-Würmli

Telefon : 041 211 00 24; montags und donnerstags erreichbar

E-Mail : barbara.woersching@om-kv.ch

Datum : 01.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge _____ **2**

Allgemeine Bemerkungen

Name	Bemerkung/Anregung
OM-KV	Die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht ist grundsätzlich zu begrüssen. Die Ombudsstelle Krankenversicherung bittet aber um Berücksichtigung der nachfolgenden Bemerkungen.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
OM-KV	5	2		Zur einheitlichen Verwendung der Begriff in den verschiedenen Gesetzessammlung sollte von <i>Beistand</i> anstatt <i>Vormund</i> gesprochen werden:	... Der Prämienzuschlag eines Kindes ist ausschliesslich von den Eltern solidarisch oder vom Elternteil, der dessen Prämien schuldet, oder vom <i>Beistand</i> geschuldet.
OM-KV	64a	1bis		Diese Änderung ist sehr zu unterstützen. Wir werden in der Praxis immer wieder von jungen Erwachsenen kontaktiert, die beim Krankenversicherer Schulden haben, welche während der Minderjährigkeit entstanden sind und nun vom Versicherer dafür belangt werden. Einzig um Auslegungsprobleme in der Praxis zu vermeiden, schlagen wir folgende die Änderung des Gesetzeswortlautes vor:	Ist die versicherte Person minderjährig, sind die Bestimmungen zum Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen <i>auf den Inhaber oder die Inhaberin der elterlichen Sorge oder den Beistand</i> anzuwenden. Für Forderungen, die während der Zeit entstehen, in der die versicherte Person minderjährig ist, <i>gilt diese Regelung auch nach Erreichen der Volljährigkeit</i> .
OM-KV	64a	Abs. 2		Grundsätzlich begrüssen wir die Regulierung, dass die Versicherer nur maximal 4x pro Jahr eine versicherte Person betreiben dürfen, insbesondere da dadurch unnötige zusätzliche Kosten durch die Betreibungen vermieden werden können. Wir würden aber eine noch weitergehende Regulierung bei den Versicherern durch den Bundesrat auf Verordnungsebene unterstützen, welche die Höhe der maximal zulässigen Mahn- sowie Inkassospesen pro Betreibung regelt, da wir in der Praxis immer wieder sehr grosse Unterschiede bei den verschiedenen Versicherern in der	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				Festsetzung dieser Kosten beobachten und unseres Erachtens die Mahn- und Inkassospesen im Verhältnis zum geltend gemachten Ausstand oft nicht dem Äquivalenzprinzip entsprechen, was auch vom Bundesgericht bereits in einigen Fällen gerügt worden ist. Zudem würden wir die Bestimmung noch so eingrenzen, dass die 4 Betreibungen pro Jahr nicht pro Person sondern pro Familie gelten, sofern die Prämien für mehrere Personen, welche in einer Familienpolice aufgeführt sind, ausstehend sind und betrieben werden müssen.	
OM-KV	64a	4		Dieser Absatz entspricht der bisherigen Bestimmung. Wir können nachvollziehen, dass aufgrund der Akzeptanz bei den Kantonen sowohl diese Lösung als auch die neue Lösung nach Abs. 5 angeboten wird. Wir würden jedoch eine einheitliche Lösung zur Vereinfachung der Prozesse bei den Versicherern begrüssen und befürworten daher eine Streichung des Art. 64a Abs. 4 KVG.	
OM-KV	64a	5		Wir begrüssen diese neue Bestimmung, insbesondere, da sie den Versicherten einen Versicherungswechsel ermöglicht. Dies betrifft vor allem Versicherte, welche beispielsweise durch eine Kassenübernahme oder einen Wohnortwechsel plötzlich viel höhere Prämien zahlen müssen, aufgrund von früheren Ausständen aber nicht wechseln können und aufgrund des massiven Prämienanstieges gar nicht mehr in der Lage sind, die Prämienschulden zu tilgen. Wir möchten jedoch darauf hinweisen, dass die Möglichkeit des Wechsels genauer definiert sein muss, da nach unserer Erfahrung säumige Versicherte oft nicht nur ein paar ausstehende Prämienrechnungen haben, welche in Betreibung gesetzt werden, sondern dass die Versicherten ihre Prämien regelmässig nicht zahlen können, wenn ihnen grundsätzlich das Geld dazu fehlt. Somit kommt es auch zu mehreren Betreibungen, welche zum Teil noch nicht abgeschlossen sind, wenn für die erste bereits ein Verlustschein ergeht, der an den Kanton abgetreten wird, was gemäss dem Entwurf des Gesetzestextes aber bereits zum	Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung. In diesen Fällen kann die versicherte Person den Versicherer und die Versicherungsform in Abweichung der Absätze 6 und 7bis wieder wechseln, sofern sie nicht aufgrund von weiteren offenen Mahnungen oder in Betreibung gesetzten Forderungen für Prämien oder Kostenbeteiligungen, für welche noch kein Verlustschein ergangen ist, nach Art. 105I Abs. 1 KVV als säumig gilt.

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				Wechsel berechtigen würde (siehe Textvorschlag).	
OM-KV	64a	6		Das Wechselverbot bleibt bestehen, gemäss dem Bericht der SGK-S gilt dies neu aber nur solange, bis die Forderungen bezahlt sind, sie brauchen nicht durch die versicherte Person bezahlt zu sein. Wir sind uns dabei nicht im Klaren, ob es somit ausreicht, dass der Kanton die 85% des Verlustscheines begleicht und die versicherte Person noch 30% zu übernehmen hat, so dass der Versicherer – nach Rückerstattung der 50% an den Kanton des vom Versicherten erhaltenen Betrages – 100% seiner Forderungen gedeckt sind und der Versicherte somit den Versicherer wechseln kann. Unser Vorschlag für die Textänderung lautet daher wie folgt:	nicht vollständig bezahlt sind. Die Verlustscheinübernahme von 85% durch den Kanton wird als Zahlung angerechnet.
OM-KV	64a	7		Wir unterstützen die Bestrebungen, Absatz 7 aufzuheben. Nach unserer Erfahrung werden mit einer Liste säumiger Prämienzahler in der Regel nicht die Zahlungsunwilligen sondern die Zahlungsunfähigen bestraft. Bei den zahlungsfähigen aber zahlungsunwilligen Schuldern kommt es in der Regel zu einer Lohnpfändung und je nach Kanton werden solche nicht mal auf der Liste erfasst, je nach dem ob der Eintrag ab dem Fortsetzungsbegehren oder ab Ausstellung des Verlustscheines erfolgt. Bei den Zahlungsunfähigen endet jedoch die Betreuung in einem Verlustschein. Im Kanton Zug erfolgt der Eintrag auf der Sperrliste sogar erst zu diesem Zeitpunkt. In einigen anderen Kantonen werden die Versicherten ab Ausstellung des Verlustscheins wieder von der Liste gestrichen, jedoch erst, wenn der Kanton die 85% der Forderung übernommen hat und keine weiteren offene Betreibungen bestehen. Dieser Zustand kann sich daher ewig hinziehen, ohne dass die Versicherten einen Zugang zum Gesundheitssystem erhalten, mit Ausnahme einer Notfallbehandlung. Meist kommen diese Personen ohnehin schon aus wirtschaftlich und sozial schwachen Bevölkerungsschichten und können sich keine Behandlung beim Arzt leisten. Dies untergräbt unseres Erachtens den Sinn und Zweck des	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				Obligatoriums. Eine Definition des Notfallbegriffes hebt diese Problematik ebenfalls nicht auf.	
OM-KV	64a	7bis		Wir können die Absicht der Prämieneinsparung nachvollziehen, sehen aber weitere Hürden, die sich durch diese Zwangszuteilung ergeben können. Beispielsweise werden die Sanktionen bei einem Regelverstoss je nach Versicherer unterschiedlich gehandhabt. Bei den einen kommt es zu einer Umteilung in das ordentliche Versicherungssystem, bei den andern werden bei einem Regelverstoss die Leistungen gar verweigert. Im Fall von Abs. 7bis wäre nur letzteres denkbar, da die Zuteilung bereits auf Anordnung der Versicherung erfolgt ist. Berücksichtigt man aber, dass vor allem wirtschaftlich und sozial Schwache eher zum Kreise der Zahlungsunfähigen und somit zum Personenkreis von Abs. 7bis gehören, hätte eine Leistungsverweigerung des Versicherers aufgrund eines Regelverstosses einschneidende finanzielle Konsequenzen. Unseres Erachtens braucht es hier genauere Regelungen durch den Bundesrat, in welches Modell die Versicherten umgeteilt werden dürfen, sowie betreffend die Informationspflicht des Versicherers gegenüber der versicherten Person über die Umteilung, das Versicherungsmodell sowie über die Konsequenzen eines Regelverstosses. Ebenfalls sollte unseres Erachtens erst bei einem dritten Regelverstoss und nachdem die versicherte Person darauf aufmerksam gemacht worden ist, eine Leistungsablehnung möglich sein. Diese gesetzliche Regulierung zur Handhabung von Regelverstössen bei den besonderen Versicherungsmodellen wäre grundsätzlich – auch unabhängig von Art. 64a Abs 7bis – auf Verordnungsebene zu befürworten, um eine Gleichbehandlung zu erreichen. Bis anhin regelt jede Kasse die Regelverstösse nach deren Regeln in den AVB. Weiter würden wir befürworten, dass die Vielfalt der Modelle bei den Versicherern auf die Wahlfranchise sowie die eingeschränkte Wahl des Leistungserbringern mit dem HMO- und Hausarztmodell eingeschränkt würde. Unsere Praxiserfahrung zeigt, dass die restlichen Modelle durch unnötigen Formalismus zu mehr	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				Problemen als Nutzen führen.	
OM-KV	64a	7ter		Die Wechselfreiheit von jungen Erwachsenen ist zu unterstützen. Unseres Erachtens müsste jedoch der Gesetzeswortlaut umformuliert werden, andernfalls ist daraus nicht klar abzuleiten, ob ein Wechsel trotz Ausständen nur in dem Jahr, in welchem die versicherte Person das 18. Altersjahr erreicht hat, möglich ist oder auch noch danach. Eine solche Beschränkung wäre unseres Erachtens nicht zielführend, da junge Erwachsene oft erst einige Zeit nach Erreichen der Volljährigkeit von den Ausständen erfahren, sie dann zwar nicht mehr belangt werden können, den Versicherer jedoch nicht wechseln könnten. Aus diesem Grund schlagen wir folgende Formulierung vor:	Versicherte, die das 18. Altersjahr vollendet haben, können den Versicherer und die Versicherungsform in Abweichung der Absätze 6 und 7bis <i>jeweils</i> auf Ende des Kalenderjahres kündigen, unabhängig davon, ob Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse oder Betreibungskosten für sie ausstehen, <i>welche während der Zeit, in der sie minderjährig waren, entstanden sind...</i>

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften

Abkürzung der Organisation : SAMW

Adresse : Laupenstrasse 7, 3001 Bern

Kontaktperson : Thomas Gruberski

Telefon : 031 306 92 77

E-Mail : t.gruberski@samw.ch

Datum : 06.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2
Weitere Vorschläge	3

Allgemeine Bemerkungen

Name	Bemerkung/Anregung
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	Die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW hat sich mit Stellungnahme vom 24. Februar 2020 zur Thematik «Schwarze Listen» geäußert. An dieser Stelle sei auf diese Publikation verwiesen (https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Leistungssperren.html). Die SAMW begrüsst die im Vorentwurf der SGK-S vorgeschlagenen Änderungen: Sog. «schwarze Listen» haben sich in der Praxis nicht bewährt; sie sind mit den ethischen Prinzipien der Fürsorge und Gerechtigkeit nicht vereinbar und stellen kein adäquates Mittel dar, um die Zahlungsmoral zu verbessern.
	Das Bestreben, eine disziplinübergreifende schweizweite Definition des Notfallbegriffs zu schaffen, ist grundsätzlich zu begrüßen; die SAMW ist allerdings skeptisch bzgl. der Frage, ob es gelingen wird, dass der Begriff im Sinne einer <i>unité de doctrine</i> in der ganzen Schweiz Anwendung findet.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	61a	1		Die vorgeschlagene Änderung, wonach junge Erwachsene nicht mehr für Prämien und Kostenbeteiligungen belangt werden können, die während ihrer Minderjährigkeit angefallen sind, verdient Zustimmung. Diese besonders vulnerable Personengruppe trägt für die Versäumnisse der gesetzlichen Vertretung keine Verantwortung.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
---	--	--	--	--	--

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			

Hugo Fasel
Direktor Caritas Schweiz
hfasel@caritas.ch
041 419 22 18

Ständerat
Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit
Kommissionspräsident Paul Rechsteiner
3003 Bern

Luzern, 5. Oktober 2020

Vernehmlassung der SGK-S zur Standesinitiative (16.312)

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident,
sehr geehrte Damen und Herren

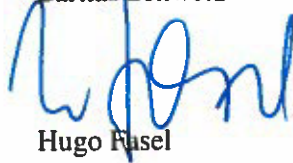
Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zum Vorentwurf bezüglich der geplanten Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) Stellung nehmen zu dürfen. Wir begrüssen es, dass das Verfahren bei Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen umfassend verbessert werden soll. Gerne stellen wir Ihnen hiermit unsere Stellungnahme zu und bitten Sie, unsere Einwände und Vorschläge zu berücksichtigen.

Caritas Schweiz ist seit Jahren im Bereich der Schuldenberatung und -prävention tätig und verfügt entsprechend über eine hohe Kompetenz auf diesem Gebiet. Die Fachstelle Schuldenberatung betreut jährlich eine Vielzahl an Fällen im Zusammenhang mit juristischen Fragen rund um die obligatorische Krankenversicherung.

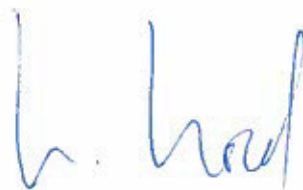
Bei Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Caritas Schweiz



Hugo Fasel
Direktor Caritas Schweiz



Isabelle Nold
Fachgebietsleiterin «Schuldenberatung»

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Caritas Schweiz

Abkürzung der Organisation : CA CH

Adresse : Adligenswilerstrasse 15

Kontaktperson : Claudia Odermatt

Telefon : 041 419 23 02

E-Mail : codermatt@caritas.ch

Datum : 05. Oktober 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	3
Weitere Vorschläge	16

Allgemeine Bemerkungen	
Name	Bemerkung/Anregung
Caritas Schweiz	Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zu den geplanten Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) Stellung nehmen zu können. Wir begrüßen das Vorhaben des Gesetzgebers sehr, das Verfahren bei Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen umfassend zu verbessern. Gerne lassen wir Ihnen im Folgenden unsere begründete Stellungnahme zukommen und bitten Sie, unsere Einwände und Vorschläge zu berücksichtigen.
Caritas Schweiz	Caritas Schweiz ist seit Jahren im Bereich der Schuldenberatung und -prävention tätig und verfügt entsprechend über eine hohe Kompetenz auf diesem Gebiet. Die Fachstelle Schuldenberatung betreut jährlich eine Vielzahl an Fällen im Zusammenhang mit juristischen Fragen rund um die obligatorische Krankenversicherung. Die Krankenkassenprämien steigen von Jahr zu Jahr und immer mehr Menschen haben grosse Mühe, ihre Prämien zu bezahlen. Verstärkt wird diese Problematik in vielen Kantonen durch die Kürzung oder ungenügende Erhöhung der Prämienverbilligungen aufgrund von Sparmassnahmen.¹ Krankenkassenausstände stehen mittlerweile gemäss Bundesamt für Statistik an zweiter Stelle der Schuldenarten nach den Steuerschulden. Die Bedeutung der Krankenkassenschulden zeigt sich auch in der Statistik der Schuldenberatung Schweiz, dem Dachverband der Schweizer Schuldenberatungsstellen. 2017 hatten 62% aller Personen, die bei einer Schuldenberatungsstelle Unterstützung suchten (n=4695), Schulden bei

¹ Caritas Schweiz, 2018, Beunruhigende Ergebnisse zur kantonalen Praxis der Prämienverbilligung, URL: https://www.caritas.ch/fileadmin/user_upload/Caritas_Schweiz/data/site/was-wir-sagen/unsere-position/statements-und-vernehmlassungen/statement_krankenkassen_armut_jucker.pdf.

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht) Vernehmlassungsverfahren

	ihrer Krankenversicherung. Sowohl der Anteil der überschuldeten Haushalte mit Ausständen bei den Krankenkassen als auch der Umfang dieser Schulden haben in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Wenn Krankenkassenausstände nicht bezahlt werden, führt dies zu Betreibungen. Bis zur vollständigen Bezahlung der Ausstände lebt die betriebene Person mit dem betriebsrechtlichen Existenzminimum. Die Prämien bei vorgängiger Nichtbezahlung werden in der Berechnung des Existenzminimums nicht berücksichtigt. Meistens hat dies ungewollt eine weitere Verschuldung zur Folge. Zugleich erschweren Betreibungsregistereinträge die Wohnungs- und Stellensuche erheblich. Müssen betroffene Personen über längere Zeit mit dem Existenzminimum sowie mit Schulden leben, wächst die Belastung. Dies kann Probleme mit der Gesundheit, Arbeit oder Familie verursachen, oder bestehende Probleme verstärken.² Dadurch wird auch die öffentliche Hand in Form von höheren Sozial- und Gesundheitskosten belastet. Die Kosten der Krankenversicherung sind heute ein bedeutender Aspekt innerhalb der Überschuldungsproblematik und belasten auch die öffentliche Hand. Es ist notwendig, die zahlreichen Problemfelder der Krankenversicherung an die Hand zu nehmen sowie sozial und finanziell nachhaltige Lösungen auszuarbeiten. Dies wird mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf zum KVG für gewisse Themen getan.
--	---

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Caritas Schweiz	3	1 / 1 ^{bis}		Die Schuldenberatungsstellen beraten immer wieder junge Erwachsene, die dafür belangt werden, dass ihre Eltern die Prämien nicht bezahlt haben und die so unverschuldet mit Krankenkassenschulden konfrontiert sind.	1 ^{ter} Volljährige Personen mit Wohnsitz in der Schweiz, die noch keine angemessene Ausbildung abgeschlossen haben und bei denen die Eltern für ihren Unterhalt aufkommen müssen, müssen innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme in der Schweiz von den

² Caritas Schweiz, Positionspapier, Wenn Schulden die Existenz bedrohen, September 2013, S. 6 ff., URL: https://www.caritas.ch/fileadmin/user_upload/Caritas_Schweiz/data/site/was-wir-sagen/unsere-position/positionspapiere/2014-und-aelter/PP_Schulden_D_Internet.pdf.

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

			Caritas Schweiz begrüsst daher sehr, dass die Inhaber der elterlichen Sorge oder der Vormund die obligatorische Krankenkassenversicherung in ihrem Namen für die in ihrer Obhut stehende minderjährige Person abschliessen und folglich Schuldnerin und Schuldner der Prämien sind. Aus Sicht der Caritas sollte diese Bestimmung jedoch ebenfalls für volljährige Jugendliche gelten, solange sie noch keine angemessene Ausbildung abgeschlossen haben und die Eltern zum Unterhalt verpflichtet sind. Viele Jugendliche sind auch nach der Volljährigkeit noch in Ausbildung und verfügen meist über kein oder nur ein geringes Einkommen. Die Eltern sind in diesen Fällen, soweit es ihnen zumutbar ist, noch zum Unterhalt verpflichtet (Art. 277 Abs. 2 ZGB). Die Erfahrungen zeigen, dass die Eltern in solchen Situationen meist die administrativen Angelegenheiten für das volljährige Kind weiterführen. Selbst wenn das volljährige Kind realisiert, dass die Eltern die Prämien nicht bezahlen, wird es wohl kaum rechtliche Schritte gegen sie erheben. Die Folgen einer Betreibung sind für die Betroffenen einschneidend, wie dies bereits in den vorangehenden allgemeinen Bemerkungen aufgezeigt wurde. Selbst wenn eine Vereinbarung	Eltern für Krankenpflege versichert werden. Hat die volljährige Person noch keine angemessene Ausbildung abgeschlossen, wird die Unterhaltspflicht der Eltern vermutet.
--	--	--	--	--

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				auf Ratenzahlungen mit der Krankenkasse getroffen werden kann und auf eine Betreuung verzichtet wird, ändert dies nichts an der Tatsache, dass junge Menschen über längere Zeit Rückzahlungen für Schulden, die sie nicht zu verantworten haben, an die Krankenkasse leisten müssen. Mit oder ohne Betreuung ist dies nicht nur eine finanzielle, sondern auch eine enorme psychische Belastung. Junge Erwachsene in Ausbildung müssen daher ebenfalls vor einer unverschuldeten Verschuldung geschützt werden.	
Caritas Schweiz	5	2		Diese Änderung sollte ebenfalls auf volljährige Jugendliche für die Zeit Anwendung finden, in der sie noch keine angemessene Ausbildung abgeschlossen haben und die Eltern zum Unterhalt verpflichtet sind (Verweis auf die vorangehenden Ausführungen zu Art. 3).	
Caritas Schweiz	61a	1		Diese Änderung sollte ebenfalls auf volljährige Jugendliche für die Zeit Anwendung finden, in der sie noch keine angemessene Ausbildung abgeschlossen haben und die Eltern zum Unterhalt verpflichtet sind (Verweis auf die vorangehenden Ausführungen zu Art. 3).	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Caritas Schweiz	61a	2		Caritas Schweiz begrüsst diese Bestimmung.	
Caritas Schweiz	64	1 ^{bis}		Diese Änderung sollte ebenfalls auf volljährige Jugendliche für die Zeit Anwendung finden, in der sie noch keine angemessene Ausbildung abgeschlossen haben und die Eltern zum Unterhalt verpflichtet sind (Verweis auf die vorangehenden Ausführungen zu Art. 3).	
Caritas Schweiz	64a	1 ^{bis}		Diese Änderung sollte ebenfalls auf volljährige Jugendliche für die Zeit Anwendung finden, in der sie noch keine angemessene Ausbildung abgeschlossen haben und die Eltern zum Unterhalt verpflichtet sind (Verweis auf die vorangehenden Ausführungen zu Art. 3).	
Caritas Schweiz	64a	2		Caritas Schweiz befürwortet die Limitierung der Betreibungen. Zugleich muss jedoch angefügt werden, dass es unabhängig von der Anzahl der Betreibungen immer wieder vorkommt, dass zu hohe Bearbeitungsgebühren erhoben werden und diese entgegen dem Grundsatz der Angemessenheit und dem Äquivalenzprinzip nicht in vernünftigen Grenzen gehalten werden. So hält die Konferenz für Stadtammänner von Zürich in ihrer	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				Medienorientierung vom 19. April 2016 fest: «Die Bearbeitungsgebühren, welche [...] zuzüglich zu den betriebenen Krankenkassenprämien geltend gemacht werden können, wurden in den letzten Jahren erheblich erhöht – teilweise werden sogar exorbitante Nebenforderungen geltend gemacht, welche entgegen der einschlägigen bundesgerichtlichen Rechtsprechung offensichtlich unangemessen sind und sich nicht mehr in einem vernünftigen Verhältnis zum effektiven Prämienausstand bewegen. [...]». Abgesehen von der Unzulässigkeit tragen die zu hohen Gebühren dazu bei, dass es für die versicherte Person noch schwieriger wird, die Ausstände begleichen zu können. Es sollte daher auch bezüglich der Gebührenhöhe eine gesetzliche Grenze festgelegt werden.	
Caritas Schweiz	64a	4		Die Krankenkassen erhalten für die Verlustscheinforderungen 85% von den Kantonen. Bei einer 100-Prozentigen Eintreibung der Forderung müssen die Versicherer den Kantonen nur 50% zurückerstatten. Daraus resultiert für die Versicherer ein Gewinn von 35%, was mit den	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				entstandenen Inkassokosten gerechtfertigt wird.³ Diese Begründung erscheint jedoch wenig stichhaltig, werden dafür bereits Mahn- und Bearbeitungsgebühren erhoben. Es ist absolut unverständlich, dass die Krankenkassen aufgrund von nicht bezahlten Prämien auf Kosten der öffentlichen Hand bzw. der Steuerzahlenden 35% Gewinn machen. Caritas Schweiz vertritt die Ansicht, dass es keine Alternative geben und die Verlustscheine nur von den Kantonen bewirtschaftet werden sollten. Bezüglich dieses Absatzes wird noch auf die nachfolgenden Ausführungen bei «weitere Vorschläge» hingewiesen.	
Caritas Schweiz	64a	5		Grundsätzlich begrüsst Caritas Schweiz diesen neuen Absatz, insbesondere die daraus resultierende Möglichkeit den Versicherer wechseln zu können. Ein Versichertenwechsel trotz Prämienausstände sollte jedoch immer möglich sein (Verweis auf die nachfolgenden Ausführungen zu Art. 64a Abs. 6).	

³ BBI 2009 6617 6622; Eugster, Krankenversicherung, RN 1330 in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, soziale Sicherheit, 3. Aufl., Basel 2016.

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Caritas Schweiz	64a	6		Das Wechselverbot bei Prämienausständen soll verhindern, dass mehrere Versicherer gegen dieselbe Person vorgehen müssen und es soll einen Anreiz schaffen, dass die Prämien bezahlt werden. Mit dieser Argumentation wird davon ausgegangen, dass die versicherten Personen a) auch nach einem Wechsel des Versicherers die Krankenkassenprämien nicht bezahlen werden und b) die Prämien bezahlen könnten, wenn sie wollten. Wie eingangs ausgeführt, wird es aber für immer mehr Menschen schwieriger, die Krankenkassenprämien zu bezahlen. Das Bezahlen von Prämien ist keine Frage des Wollens, sondern des Könnens. Durch das Wechselverbot wird zudem verhindert, dass die betreffende Person zu einer günstigeren Krankenkassenversicherung wechseln kann. Dabei würde dieser Schritt vielen betroffenen Personen ermöglichen, die Prämien wieder bezahlen zu können. Durch hohe Prämien kann ein Haushaltsbudget stark belastet werden. Kommt dann z.B. noch der Verlust der Arbeit, eine Krankheit oder Scheidung dazu, reichen die Einnahmen oft nicht mehr zur Deckung der Ausgaben. Ein Wechsel in eine günstigere Versicherung trotz Ausständen	Aufhebung dieses Absatzes
-----------------	-----	---	--	--	---------------------------

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				könnte in dieser Situation eine einfache Massnahme sein, um (weitere) Verschuldung zu vermeiden. Für die generelle Aufhebung des Wechselverbots trotz Prämienausständen sprechen auch die Fälle von Doppelversicherungen. Obwohl die Rechtslage klar ist und Doppelversicherungen in der obligatorischen Krankenversicherung verboten sind, kommt es in der Praxis immer wieder vor, dass Personen bei zwei Krankenkassen grundversichert sind. Der Bundesrat spricht von einigen Tausend im Jahr 2017 (Interpellation, 19.3841). Für die betroffenen Versicherten ist es über kurz oder lang nicht möglich, beide Prämien zu bezahlen, was zu Ausständen und zu Betreibungen führt. Gemäss den Erfahrungen der Schuldenberatungen verstreicht oft sehr viel Zeit, bis es zu einer Auflösung der einen Krankenversicherung kommt. Für die Personen selbst ist es schwierig, eine Auflösung bzw. Rückabwicklung zu erreichen. Die Inanspruchnahme einer Schuldenberatung erfolgt ferner, wenn überhaupt, meist sehr spät, wenn die Überschuldung schon weit fortgeschritten ist (Gemäss Statistik der Schuldenberatung Schweiz 2017 suchen 79% der betroffenen Personen frühestens nach 3 Jahren Überschuldung eine Beratungsstelle auf). Die Fälle	
--	--	--	--	--	--

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				der Schuldenberatungen zeigen, dass hauptsächlich Prämienausstände und das daraus resultierende Wechselverbot zu Doppelversicherungen führen. Sollte allerdings ein Wechsel unabhängig von offenen Forderungen möglich sein, könnten viele unzulässige Doppelversicherungsfälle und somit zusätzliche Verschuldungen verhindert werden. Bezüglich der Doppelversicherungen wird noch auf die nachfolgenden Ausführungen bei «weitere Vorschläge» verwiesen.	
Caritas Schweiz	64a	7		Caritas Schweiz begrüsst den Mehrheitsantrag, die Liste für säumige Prämienzahlende aufzuheben sehr. Schon seit deren Einführung fordert Caritas, die Liste wieder abzuschaffen, was aus folgenden Gründen unerlässlich ist: Aufgrund von Studien und gemachten Erfahrungen ist erwiesen, dass die Liste für säumige Prämienzahlende keine Wirkung zeigt. Dies ist ebenfalls aus dem erläuternden Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) ersichtlich. Die Kantone Solothurn und Graubünden haben die Liste infolge fehlender Wirksamkeit bereits wieder abgeschafft. Die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der Schweizerischen Akademie der Medizinischen	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				Wissenschaften empfiehlt dringlich auf eine Liste für säumige Prämienzahlende und Leistungssperren zu verzichten. Weiter verweist der Bericht der SGK-S auf eine bereits im Jahr 2015 vom Kanton Zürich in Auftrag gegebene Studie der B,S,S., Volkswirtschaftliche Beratung AG. Diese kam zum Schluss, dass «die Datenauswertungen keine gesicherte Evidenz für eine bessere Entwicklung der Prämienausstände in Kantonen mit Liste im Vergleich zu Kantonen ohne Liste zeigen. [...] Denn während sicherlich Kosten generiert werden, kann ein Nutzen nicht belegt werden». Die Wirksamkeit einer solchen Liste wird 2016 durch eine Forschungsarbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz ebenfalls klar in Frage gestellt.⁴ Gemäss dem Bericht der SGK-S kam eine Analyse des BAG sogar zum Ergebnis, dass die Zunahme der Prämienausstände für die untersuchte Zeitspanne über alle Kantone mit Listen höher als über alle Kantone ohne Liste gewesen sei. Auch der Präsident des Krankenkassenverbandes Santésuisse und Alt-Nationalrat Heinz Brand führt aus, dass es inzwischen eine weit verbreitete	
--	--	--	--	---	--

⁴ Born/Habegger/Weber, SozialAktuell / Nr. 7/8_Juli/August 2016, Schwerpunkt Existenzsicherung, Schwarze Listen – Folgen der letzten KVG-Revision, AvenirSocial (Hrsg.), S. 30 f.

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				Erkenntnis sei, dass die Liste für säumige Prämienzahlende wenig bis nichts bringe und es eine Tatsache sei, dass immer mehr Menschen in der Schweiz die Prämienlast nicht mehr stemmen könnten, obwohl sie es wollten. Es sei eine sozialpolitische Zeitbombe.⁵ Das Ziel der Liste, zahlungsunwillige Personen zur Zahlung der Krankenkassenprämien zu veranlassen, wird gänzlich verfehlt. Im Gegenteil, die Liste schafft neue, sehr schwerwiegende Probleme. Verheerend ist die Tatsache, dass Personen von der medizinischen Grundversorgung ausgeschlossen werden und einzig noch ein Anrecht auf Notfallbehandlung haben. Dies kann für die Gesundheit und das Leben der betroffenen Menschen gravierende und langfristige Folgen haben. Ein solch tragischer Fall eines HIV-positiven Patienten wird im Bericht der SGK-S erwähnt. Ein weiterer medial bekannter Fall ereignete sich im Kanton Luzern. Einem an der Zuckerkrankheit leidenden Mann wurde sein Insulin nicht bezahlt, und er selbst konnte es sich nicht leisten. Infolge des fehlenden Medikamentes erlitt er einen Kollaps und	
--	--	--	--	---	--

⁵ <https://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/fast-170-000-menschen-zahlen-ihre-praemien-nicht/story/29690872>.

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				wurde praktisch arbeitsunfähig, was in letzter Konsequenz zu Folgekosten für den Staat führt.⁶ Wie sich zudem gezeigt hat, werden hauptsächlich nicht zahlungsunwillige Personen, sondern sozial und wirtschaftlich schwächere Menschen auf der Liste erfasst. Die von den meisten Kantonen aufgeführten Ausschlusskriterien für die Erfassung auf der Liste (Bezügerinnen und –bezüger von Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe, Bezügerinnen von Mutterschaftsbeihilfe sowie Minderjährige) greifen zu kurz. Der Schwelleneffekt wird dabei nicht berücksichtigt und durch die jährlich steigenden Krankenkassenprämien und die restriktivere Handhabung der Prämienverbilligungen nimmt die Gefahr der Ausstände zu. Zugleich bezieht nicht jede Person Sozialhilfe, die ein Anrecht darauf hat.⁷ Abgesehen davon werden Zahlungsunwillige durch das Zwangsvollstreckungssystem angehalten, die Prämienausstände der Krankenkasse zu begleichen. Resultieren durch die Betreibung Verlustscheine, bedeutet dies gerade, dass die betreffenden	
--	--	--	--	---	--

⁶ <https://www.luzernerzeitung.ch/zentralschweiz/luzern/luzern-die-schwarze-liste-am-pranger-ld.100126>.

⁷ Studie der B,S,S., Volkswirtschaftliche Beratung AG, Untersuchung über die Entwicklung der nichtbezahlten Krankenkassenprämien im Kanton Zürich, Schlussbericht, Basel, 14.10.2015., S. 4: «Aufgrund der Tatsache, dass Studien eine Nichtbezugsquote im Bereich Sozialhilfe von 45 bis 85 % schätzen, ist davon auszugehen, dass eine substantielle Anzahl zahlungsunfähiger Personen keine Unterstützung bezieht und daher auf der Liste erfasst wird».

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				Personen nicht zahlen können und folglich zahlungsunfähig sind. Stehen Personen einmal auf der Liste, wird es für sie enorm schwierig, ohne fremde finanzielle Unterstützung davon wegzukommen. Menschen stehen über Jahre hinweg auf der Liste, erhalten keine ausreichende medizinische Grundversorgung und die Schulden häufen sich an. Aufgrund der Leistungssistierung besteht zudem die Gefahr, dass Personen auf ärztliche Betreuung und Medikamente verzichten, weil sie sich diese nicht leisten können und somit gesundheitliche Risiken und auch höhere Kostenfolgen in Kauf nehmen müssen. <i>Antrag der Minderheit:</i> Eine Definition des Begriffes Notfalls löst die durch die Liste verursachten Probleme nicht. Die Schuldenberatungen machen zudem in gewissen Fällen die Erfahrung, dass der Arzt eine Behandlung als Notfall qualifiziert, jedoch die Krankenkasse dies verneint und die Leistung verweigert. Eine gesetzliche Definition des Begriffs «Notfalls» ändert daran nichts, da es auch dabei auf die Auslegung im konkreten Einzelfall ankommt. Schlussendlich müsste ein Gericht über solche Fragen entscheiden. Die betroffenen Personen haben jedoch meistens weder die finanziellen noch	
--	--	--	--	---	--

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				die persönlichen Ressourcen, um einen solchen Prozess durchzustehen.	
Caritas Schweiz	64a	7 ^{ter}		Es wird auf die vorangehenden Ausführungen zu Art. 64a Abs. 6 verwiesen. Zumindest sollte diese Änderung ebenfalls für volljährige Jugendliche gelten, sofern Ausstände aus der Zeit bestehen, in der sie noch keine angemessene Ausbildung abgeschlossen haben und die Eltern zum Unterhalt verpflichtet waren (Verweis auf die vorangehenden Ausführungen zu Art. 3).	
Caritas Schweiz	Übergangsbestimmung	2		Die neue Regelung sollte auch für Personen anwendbar sein, die zur Zeit des Inkrafttretens volljährig sind, deren Ausstände aber aus der Zeit der Minderjährigkeit bzw. der Unterhaltspflicht der Eltern stammen.	

Weitere Vorschläge				
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag	
Caritas Schweiz		Die obligatorische Krankenpflegeversicherung geniesst gegenüber den anderen Gläubigern eine privilegierte Stellung im Konkursverfahren wie auch im gerichtlichen Nachlassverfahren (Art. 219 Abs. 4 zweite Klasse lit. c SchKG und Art. 306 SchKG). In Art. 64a Abs. 5 KVG (Art. 64a		

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

		Abs. 4 E-KVG) wird ebenso statuiert, dass die Versicherungen die Verlustscheine bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen aufbewahren. Diese gesetzlichen Bestimmungen führen dazu, dass die Krankenkassen grundsätzlich auch bei einer einvernehmlichen privaten Schuldenbereinigung (Art. 333 ff. SchKG) sowie einer aussergerichtlichen Sanierung auf der vollumfänglichen Bezahlung der ausstehenden Forderungen beharren. Gemäss den Erfahrungen der Schuldenberatungsstellen werden durch diese Privilegien Sanierungen erschwert oder sogar verunmöglicht. Kann keine Sanierung durchgeführt werden, erfolgen immer wieder Betreibungen und die Schuldenspirale dreht sich weiter. Unter Umständen führt es zum Privatkonkurs. In Anbetracht der gesamten Umstände ist es für alle Beteiligten vorteilhafter, wenn Sanierungen ohne 100%-Zahlung der Krankenkassenausstände durchgeführt werden können und die Privilegierung der obligatorischen Krankenkassen abgeschafft wird.	
Caritas Schweiz		Eine Anregung im Zusammenhang mit Art. 64a Abs. 7^{quater}: Ein Datenaustausch sollte ebenfalls zusätzlich in Form eines einheitlichen elektronischen Standards zur Erkennung und Verhinderung von Doppelversicherungen eingesetzt und dementsprechend geregelt werden. Der Datenaustausch ist jedoch auf die notwendigsten Informationen zu beschränken.	
Caritas Schweiz		Gesundheitskosten dürfen nicht zu Armut führen und es darf nicht sein, dass Menschen von vornherein auf medizinische Behandlungen	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

		verzichten, weil sie diese nicht zahlen können. Es muss zwingend verhindert werden, dass sich die Situation von Haushalten mit tiefen und mittleren Einkommen weiter verschlechtert. Bei der Einführung der obligatorischen Krankenversicherung ging der Bundesrat von einem Sozialziel aus, wonach die Krankenversicherungsprämien eines Haushalts nicht mehr als acht Prozent des steuerbaren Einkommens ausmachen sollten. Dieses Sozialziel wird heute in den meisten Kantonen verfehlt und es wird erwartet, dass die Prämien weiterhin steigen.⁸ Caritas Schweiz fordert daher, die Belastung einer Familie oder eines Haushalts durch die Krankenkassenprämien auf einen Monatslohn zu beschränken.⁹	
--	--	---	--

⁸ Vgl. https://www.sgb.ch/fileadmin/redaktion/docs/mk-cp/200706/140d_DL_KS_Verteilungsbericht_2020.pdf.

⁹ Caritas Schweiz 2018, Maximal einen Monatslohn für die Krankenkassenprämien, URL: https://www.caritas.ch/fileadmin/user_upload/Caritas_Schweiz/data/site/was-wir-sagen/unsere-position/statements-und-vernehmlassungen/statement_kkpraemien_armut_fasel.pdf.

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

Prise de position de

Nom / organisation : Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse

Abréviation de l'organisation : CFEJ

Adresse : c/o OFAS, Effingerstrasse 20, 3003 Berne

Personne de référence : Marion Nolde

Téléphone : 058 462 92 26

Courriel : ekkj-cfej@bsv.admin.ch

Date : 23.09.2020

Remarques importantes :

1. Veuillez ne pas changer le format du formulaire.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le 6 octobre 2020 aux adresses suivantes :
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Nous vous remercions de votre participation.

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

Sommaire

Remarques générales	2
Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)	3
Autres propositions	4

Remarques générales

Nom	Commentaires/remarques
CFEJ	Le fait que des jeunes, au moment où ils atteignent leur majorité, puissent être poursuivis pour des primes d'assurance-maladie et des participations aux coûts non payées par leurs parents lorsqu'ils étaient mineurs est inadmissible. La Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse (CFEJ) salue vivement le changement de paradigme opéré par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats et approuve pleinement les modifications apportées par cette révision, notamment aux articles 61a et 64a de la LAMAL. Même dans une logique de prime individuelle, les parents doivent, en vertu de leur obligation d'entretien selon le chapitre II du Code civil suisse, assumer les primes de leur enfant et la participation aux coûts de prestations de soins. Que des jeunes adultes doivent à 18 ans faire face du jour au lendemain à des dettes pouvant s'élever à plusieurs dizaines de milliers de francs, alors qu'ils sont pour la plupart encore en formation, n'est pas tolérable et hypothèque fortement la poursuite de leur formation ainsi que leur intégration professionnelle et sociale. En effet, une inscription au registre des poursuites rend très difficile la recherche d'un appartement et parfois d'un emploi. Et gérer des dettes et des poursuites est une tâche compliquée qui vient s'ajouter aux défis qu'un jeune adulte doit relever.
CFEJ	Si avec le nouvel 61a, on fait un grand pas en avant, cette modification ne résout pas totalement le problème des jeunes adultes mis en difficulté par le non-paiement des primes et participation aux coûts par leurs parents alors que ces derniers en auraient les moyens, du moins théoriquement, selon les normes en vigueur. En effet, à 18 ans, la plupart des jeunes adultes n'ont pas encore de revenu ou un revenu insuffisant pour subvenir à leurs besoins et payer les primes de l'assurance-maladie. Si en raison du devoir d'entretien (qui selon l'art. 277B du CC dure jusqu'à la fin d'une première formation) et de la situation économique de leurs parents qui seraient du moins théoriquement en mesure de prendre en charge ces coûts, le jeune adulte ne peut pas bénéficier de la prise en charge de sa prime d'assurance-maladie par le canton de résidence, il/elle se trouve de facto dans une situation difficile et à risque de surendettement, si ses parents ne le/la soutiennent pas pour le paiement des primes. La situation familiale peut être compliquée et les relations parents-enfants tendues. La possibilité du jeune adulte de se retourner contre ses parents, donc de faire valoir en justice son droit à l'entretien, est difficilement réalisable en pratique pour des raisons émotionnelles (le/la jeune ne souhaite pas péjorer sa relation avec ses parents) et pratiques (besoin de conseils et de soutien pour de telles démarches, coûts, durée etc.).

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

	De ce fait, la CFEJ est d'avis qu'il faudrait explicitement étendre la responsabilité des parents en tant que débiteurs uniques de la prime et de la participation aux coûts de leur enfant en formation jusqu'à la fin de leur obligation d'entretien tel que régi par le chapitre II du CC, sans que le jeune adulte doive entamer une action en justice contre ses parents.
CFEJ	La CFEJ est favorable à l'abrogation de l'alinéa 7 de l'art. 64 de la LAMAL. La tenue de listes d'assurés ne payant pas leurs primes et la suspension de la prise en charge des prestations, à l'exception de celles relevant de la médecine d'urgence, peut conduire à ce que des enfants en particulier n'aient plus accès à des prestations pédiatriques en dehors de situations d'urgence. Les prestations pédiatriques jouent un rôle fondamental pour distinguer des affections bénignes de maladies plus graves, pour garantir une prise en charge à temps afin d'éviter la péjoration de l'état de santé et assurer le suivi de la bonne croissance de l'enfant et la prévention de maladies (contrôles de santé et vaccins, etc.). Ce sont aussi des rendez-vous importants en termes de prévention des mauvais traitements et de conseils à la parentalité. Et certains enfants ont besoin d'un suivi plus régulier pour des problèmes de santé physique ou psychique. Le fait que les prestations devant être fournies au titre de la médecine d'urgence ne sont pas clairement définies et l'usage très variable de ces listes en fonction du canton, des assureurs et fournisseurs de soins créent par ailleurs une inégalité de traitement difficilement compréhensible et contraire à l'art. 24 de la CDE et à la Constitution fédérale. En vertu de l'art. 24 de la Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant, « Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services... ». L'accès aux soins médicaux de base pour toute personne et la protection particulière de l'intégrité des enfants sont également garantis par la Constitution fédérale (art. 11, 41, 117a).

Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)

Nom	Art.	Al.	Let.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
CFEJ	3	1 et 1bis		La CFEJ approuve cette modification.	
CFEJ	5	2		La CFEJ approuve cette modification.	
CFEJ	61a	1		La CFEJ approuve et salue particulièrement cette modification. Les parents doivent être les débiteurs exclusifs des primes de leur enfant.	
CFEJ	64	1bis		La CFEJ approuve cette modification.	
CFEJ	64a	1bis		La CFEJ approuve cette modification.	

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

CFEJ	64a	7		La CFEJ approuve l'abrogation de la possibilité de tenir des listes de mauvais payeurs de primes, car cela peut mettre en danger l'accès aux soins et le suivi pédiatrique des enfants concernés. La définition de « prestation relevant de la médecine d'urgence » proposée par la minorité ne résout aucunement ce problème. Un vaccin, un contrôle pédiatrique ou le suivi d'une problème chronique peut être repoussé sans mettre la vie de l'enfant en danger dans l'immédiat, mais avec le risque d'atteinte grave à la santé sur le plus long terme.	
CFEJ	64	7ter		La CFEJ approuve cette modification.	

Autres propositions			
Nom	Art.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Konferenz der Betreibungs- und Konkursbeamten der Schweiz

Abkürzung der Organisation :

Adresse : Engelbergstrasse 34, 6371 Stans

Kontaktperson : Gerhard Kuhn

Telefon : 061 267 83 97

E-Mail : gerhard.kuhn@bs.ch

Datum : 02.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	3
Weitere Vorschläge	3

Allgemeine Bemerkungen	
Name	Bemerkung/Anregung
	Mit der Vorlage soll vermieden werden, dass Minderjährige für die nichtbezahlten Prämien ihrer Krankenversicherung betrieben werden. Wir gestatten uns den Hinweis, dass die Betreibungsämter im Widerspruch zur geplanten Vorschrift eingereichte Betreibungsbegehren von Krankenversicherungen nicht werden zurückweisen dürfen, da ihnen keine entsprechende Prüfungsbefugnis zusteht.
	Mit der Begrenzung der jährlichen Anzahl Betreibungen für Krankenkassenprämien auf vier sollen vermutlich die Betreibungskosten zu Lasten der Schuldner vermindert werden. Möglicherweise soll dadurch auch eine quartalsweise Rechnungstellung analog dem Vorgehen der Ausgleichskassen für die AHV-Beiträge gefördert werden. Es ist deshalb darauf hinzuweisen, dass die entstehenden Kosten nicht nur aus den Betreibungskosten bestehen. Vielmehr stellen die Krankenversicherungen bereits für ein computergeneriertes Mahnschreiben im Sinne von Art. 64a Abs. 1 KVG meist CHF 30.00 in Rechnung. Sodann kommen gestützt auf Art. 105b KVV weitere Kosten hinzu. Beauftragt die Krankenversicherung eine Inkassofirma mit dem Prämieinzug oder tritt ihre Forderungen gar an eine solche ab, werden trotz Art. 27 Abs. 3 2. Satz SchKG meist noch zusätzlich Kosten „gemäss Art. 106 OR“ in Rechnung gestellt.
	Grundsätzlich gehören die laufenden Krankenversicherungsprämien zum Existenzminimum. Beahlt ein Schuldner seine laufenden Prämien aber nicht, können diese nicht von vornherein ins Existenzminimum eingerechnet werden. Der Schuldner muss somit die Prämien Anfang Monat bezahlen und kann sich diese aus der eingegangenen Pfändungsquote zurückerstatten lassen. Leider nutzen zahlreiche Schuldner diese Möglichkeit nicht und die Krankenkassenprämien bleiben offen und zusätzlich entstehen neue Betreibungskosten im Zusammenhang mit der Einforderung dieser Prämien. Dem könnte beispielsweise in der Weise abgeholfen werden, dass es den Krankenversicherungen erlaubt würde, insbesondere mit ihren laufenden Prämienforderungen an einer Pfändung analog Art. 111 SchKG ohne vorgängige Betreibung teilzunehmen.
	Unnötige Betreibungs- oder gar Konkurskosten entstehen auch deshalb, weil Art. 64a Abs. 3 KVG einen Verlustschein oder gleichwertigen Rechtstitel verlangt, damit der Kanton 85% der ausstehenden Forderungen übernimmt. Nun ist es aber meist wenig sinnvoll, Betreibungen bis zum Verlustschein fortzusetzen oder gar Konkurse eröffnen zu lassen, wenn offensichtlich ist, dass ein Schuldner nichts bezahlen kann. Auf diese Weise entstehen nur hohe Kosten zu Lasten des Schuldners bzw. im Konkursfall der öffentlichen Hand. Davon wird bspw. ausgegangen werden dürfen, wenn in den letzten 6 Monaten vor der Betreibung bereits direkte Verlustscheine nach Art. 115 SchKG ausgestellt worden sind. Es liesse sich auch überlegen, ob Krankenkassenforderungen gegen natürliche Personen im Sinne von Art. 43 SchKG immer nur auf dem Wege

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

	der Pfändung geltend gemacht werden können sollen. Die Eröffnung eines Konkurses wird denn auch an der Tatsache der immer wieder neu entstehenden Prämienforderungen nichts zu ändern vermögen.
--	---

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

Weitere Vorschläge

Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

Stellungnahme von

Name / Organisation : **Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz**

Abkürzung der Organisation : **KOKES**

Adresse : Werftestrasse 1, 6002 Luzern

Kontaktperson : Diana Wider, Generalsekretärin

Telefon : 041 367 48 87

E-Mail : diana.wider@kokes.ch

Datum : 6. Oktober 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2
Weitere Vorschläge	4

Allgemeine Bemerkungen

Name	Bemerkung/Anregung
KOKES	Junge Erwachsene sollen nicht mehr für Prämien und Kostenbeteiligungen belangt werden können, die während ihrer Minderjährigkeit angefallen sind. Es wird begrüsst , dass das Problem, dass das volljährige Kind mit Schulden aus unbezahlten Krankenkassen-Prämien startet, gelöst wird. Es wird auch begrüsst, dass das Problem mit einer Anpassung der gesetzlichen Grundlagen (konkret KVG-Änderung) gelöst wird und nicht im Rahmen eines dogmatischen Klimmzugs (indem die Eltern nicht als gesetzliche Vertreter handeln, sondern in Ausübung der Rechte und Pflichten aus der elterliche Sorge). Die vorgeschlagene Lösung wird den in Art. 27 UN-KRK formulierten Anforderungen in adäquater Weise gerecht.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
KOKES	3	1		Die Formulierung im <u>erläuternden Bericht</u> (S. 17, « <i>Volljährige Personen, die (...) urteilsunfähig sind, werden weiterhin von ihrer gesetzlichen Vertretung versichert</i> ») ist missverständlich. Wenn die Person verbeiständet ist, bspw. nach Art. 394 ZGB, kann der Vertretungsbeistand bei entsprechender Aufgabenbeschreibung den Vertrag im Namen der urteilsunfähigen Person abschliessen, aber nie in eigenem Namen, das bietet keine Probleme. Doch was ist mit urteilsunfähigen Volljährigen, die keine formelle gesetzliche Vertretung haben? Wer schliesst den Vertrag für diese Personen ab? Ist dann immer die Erwachsenenschutzbehörde gefragt, oder könnte man eine Lösung analog Art. 382 Abs. 3 ZGB kreieren? -> Zu dieser Frage sollte noch eine Lösung gefunden und im Begleitbericht beschrieben werden.	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				Und: Die Formulierung im erläuternden Bericht (S. 17, « <i>Sie schulden weiterhin ihre Prämien und Kostenbeteiligungen</i> ») ist ebenfalls verwirrend. Wer ist mit «sie» gemeint? – Um Missverständnissen vorzubeugen, sollte das präzisiert werden.	
KOKES	3	1 ^{bis}		Der Vormund kann das bevormundete Kind zwar für Krankenpflege versichern, aber er handelt nicht in eigenem Namen. Die Verträge werden immer im Namen des Kindes, vertreten durch den Vormund, abgeschlossen. Im <u>erläuternden Bericht</u> ist entsprechend eine Präzisierung anzubringen: «<i>Die Stellung des Vormundes ist von jener der unterhaltspflichtigen Eltern zu unterscheiden. Der Vormund hat gegenüber dem Kind keine Unterhaltspflicht. Er kann keine Verträge in eigenem Namen abschliessen, sondern nur in Vertretung des Kindes. Als Organ des Gemeinwesens verpflichtet er nicht sich selber, sondern - sofern weder die Eltern noch das Kind die Kosten für die Prämien oder die Kostenbeteiligung übernehmen können - die unterstützungspflichtige Sozialhilfebehörde (vgl. KOKES-Empfehlung zum Einbezug der Sozialhilfebehörden [Link], in: Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz 2014, S. 263-274, sowie BK-Affolter/Vogel/Lienhard, Art. 327c ZGB N 67).</i>»	
KOKES	5	2	letzter Satz	Dito Hinweis zu Art. 3 Abs. 1^{bis} VE-KVG: Der Prämienzuschlag kann nicht vom Vormund geschuldet werden, er handelt nie in eigenem Namen. Im <u>Gesetzestext</u> sollte entsprechend klargestellt werden, dass die Haftung des Vormundes den Regeln des Art. 454 ZGB folgt (was zeigt, dass er nicht persönlich haftet, sondern dass der Staat für ihn haftet).	²...Der Prämienzuschlag eines Kindes ist ausschliesslich von den Eltern solidarisch oder vom Elternteil, der dessen Prämien schuldet, oder vom Vormund, geschuldet. <u>Die Haftung des Vormunds richtet sich nach Art. 454 ZGB.</u>

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

Prise de position de

Nom / organisation : Centre social protestant du canton de Neuchâtel

Abréviation de l'organisation : CSP

Adresse : Rue des Parcs 11 à Neuchâtel et rue du Temple-Allemand 23 à La Chaux-de-Fonds

Personne de référence : Isabelle Baume

Téléphone : 032 886 91 00

Courriel : isabelle.baume@ne.ch

Date : 15 septembre 2020

Remarques importantes :

1. Veuillez ne pas changer le format du formulaire.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le 6 octobre 2020 aux adresses suivantes :
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Nous vous remercions de votre participation.

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

Sommaire

Remarques générales	2
Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)	2
Autres propositions	3

Remarques générales	
Nom	Commentaires/remarques
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	De manière générale, la révision telle que proposée est intéressante. Toutefois, certaines dispositions devraient être élargies aux jeunes adultes en formation. A ce titre, nous serions d'avis que les assureurs ou les autorités cantonales soient dans l'obligation de signaler expressément aux jeunes devenus majeurs qu'ils deviennent responsables du paiement de leurs primes et des participations aux coûts au passage à leur majorité.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	

Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)					
Nom	Art.	Al.	Let.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	61a	1		Nous saluons cette disposition pour les mineurs. Nous proposerions de l'élargir aux jeunes adultes en formation.	Cette disposition est également valable pour les jeunes en formation (devenus majeurs et dépendant financièrement toujours de leurs parents).
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	64	1	bis	Id. que ci-dessus	Id. que ci-dessus.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	7		bis	Le fait de faire passer les assurés qui ont des poursuites à une forme particulière d'assurance est compréhensible sur le principe. Beaucoup de personnes	Ajouter à l'article, l'indication suivante :

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

				ne comprennent toutefois pas très bien le système. Le risque est donc que ces personnes ne passent pas par leur médecin de famille et se voient, au final, refuser le remboursement de prestations. Il faudrait donc accompagner ce passage automatique d'informations claires pour les assurés afin d'éviter qu'ils ne s'endettent encore davantage...	Ce changement d'assurance avec choix limité du fournisseur de prestations doit être impérativement et clairement communiqué par l'assureur à l'assuré.
--	--	--	--	---	--

Autres propositions			
Nom	Art.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			

Prise de position de

Nom / organisation : Association des Centres sociaux protestants

Abréviation de l'organisation : CSP.ch

Adresse :

Personne de référence : Caroline Regamey

Téléphone : 021 560 60 40

Courriel : caroline.regamey@csp-vd.ch

Date : 06.10.20

Remarques importantes :

1. Veuillez ne pas changer le format du formulaire.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le 6 octobre 2020 aux adresses suivantes :
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Nous vous remercions de votre participation.

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

Sommaire

Remarques générales	2
Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)	2
Autres propositions	11

Remarques générales	
Nom	Commentaires/remarques
CSP.ch	CSP.ch salue un projet de réforme qui mettrait enfin un terme à la dette scandaleuse des enfants mineurs pour les primes impayées par leurs parents. Notre association avait déjà en juin 2012 adressé une lettre au Conseiller fédéral Alain Berset afin de dénoncer cette situation et plaider pour une modification de la LAMal qui puisse remédier au problème soulevé. Nous nous réjouissons également de la volonté de supprimer les listes noires et de la possibilité laissée aux cantons de racheter les dettes d'assurance maladie, ouvrant ainsi la voie à de vraies démarches d'assainissement. Par contre nous déplorons que ce projet n'inclue pas les jeunes majeurs en formation et donc à la charge de leur parents et qu'il maintienne l'interdiction de changer d'assurance en cas de dette envers l'assureur
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	

Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)					
Nom	Art.	Al.	Let.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
Erreur ! Source du renvoi introuvable. CSP.ch	61a	1		CSP.ch approuve sans réserve le projet de réforme concernant les enfants mineurs, tant dans l'art. 61a , que dans les articles 3 al. 1 et 1bis , 5 al. 2 , 64 al. 1bis et 64a al. 1 bis , ainsi que l' alinéa 2 des dispositions transitoires .	Les parent de l'enfant <i>et du jeune majeur et à la charge obligatoire de ses parents en vertu du droit de la famille</i> , sont exclusivement débiteurs de ses primes jusqu'à la fin du mois où il devient majeur <i>et que cesse leur obligation d'entretien au sens de l'art 277 al. 2 CCS</i> .

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

			Nous estimons cependant que cette réforme devrait inclure les jeunes majeurs en formation et donc encore à la charge obligatoire de leurs parents. En effet, ces jeunes se trouvent dans une situation de fait et de droit quasi identique à celle des mineurs visés par la réforme : - Ils sont financièrement dépendants de leurs parents. - Leurs parents sont tenus légalement, en vertu de leur obligation d'entretien au sens du droit de la famille, de payer les primes. - Cependant, au vu de leur situation de dépendance, ils n'ont aucun moyen réel qui soit envisageable et concrètement faisable pour obliger leurs parents à payer les primes. La pratique a montré qu'aucun enfant, qui habite chez ses parents, ne les poursuivrait en justice pour obtenir un rétroactif. - Ils n'ont pas les moyens financiers de s'acquitter des primes à la place de leurs parents, n'étant pas autonomes financièrement. - Souvent, ils ne gèrent pas eux-mêmes leurs affaires administratives, beaucoup d'entre eux ne seront même pas nécessairement informés de l'existence d'une dette. Ces jeunes adultes vont donc également se retrouver endettés sans la moindre faute de leur part et commenceront leur vie indépendante, à la fin de leur formation, avec des actes de défaut de biens, ce qui va évidemment compromettre leurs possibilités de trouver un travail et un logement. La logique qui a conduit à proposer la suppression de la dette des mineurs dans ce projet, soit l'injustice de la situation et la perspective inquiétante, tant pour le jeune que pour la société, d'un terrible départ dans la vie active, s'applique, mutatis	<i>(les autres articles concernant les enfants mineurs devraient être modifiés dans le même sens)</i>
--	--	--	--	--

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

			mutandis, à la situation des jeunes adultes à la charge de leurs parents. L'idée soutenue à la page 19 du rapport (ad art. 64a al. 1bis), soit que le jeune adulte qui aura dû s'acquitter des primes arriérées auprès de l'assureur pourrait toujours se retourner contre ses parents, n'a aucun fondement dans la réalité, constitue une double peine et n'offre pas suffisamment de garanties juridiques. En effet, premièrement il est peu probable qu'un jeune adulte qui vient de sortir du nid familial soit capable de payer ces arriérés, mais surtout, même dans l'hypothèse où il aurait réussi à rembourser ses dettes, il est tout à fait contraire à l'expérience générale de la vie et à la psychologie humaine, qu'il attaque ses parents en justice. Le service Jeunes et Travail (Jet Service) du CSP Vaud qui offre des consultations socio-juridiques pour les jeunes en formation a pu constater qu'une infime partie de jeunes osent entreprendre des démarches à l'encontre de leurs parents pour activer le devoir d'entretien, car ils et elles sont bien souvent découragés face à l'ampleur des démarches juridiques, voire dans l'impossibilité psychologique d'assumer une telle démarche. De même, la plupart du temps, selon les situations rencontrées sur le terrain, les parents qui ne s'acquittent pas des primes d'assurance de leurs enfants ont de nombreuses autres dettes. Une éventuelle action de leurs enfants contre eux n'aboutirait donc qu'à un nouvel acte de défaut de biens. D'autre part, selon l'art. 279 alinéa 1 du CCS, il est prévu que « l'enfant peut agir contre son père et sa mère, ou contre les deux ensemble, afin de leur réclamer l'entretien pour l'avenir et pour l'année qui précède l'ouverture de l'action » Ainsi, un enfant majeur qui souhaiterait se retourner contre ses parents ne pourrait concrètement le faire – concernant le rétroactif des	
--	--	--	---	--

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

			primes et/ou quotes-parts – que pour l'année précédant sa demande. En pratique, il n'existe donc pas de démarche juridique qui puisse assurer que l'enfant récupère l'entier de l'impayé auprès de ses parents. Il paraît donc indispensable de légiférer sur cette question via la LAMal elle-même. Pour toutes ces raisons nous estimons qu'il est impératif d'inclure les jeunes adultes en formation et à charge de leurs parents dans cette réforme.	
CSP.ch	64a	1bis	La formule « en principe » paraît ici inadéquate. En effet, il ne semble pas que le projet prévoie des exceptions au fait que les dispositions concernant le non-paiement des primes et de participation aux coûts concernant les assurés mineurs s'appliquent à leurs parents. La formule « en principe » laisse cependant entendre que cela ne serait pas toujours le cas. Il y a lieu de supprimer ces termes.	
CSP.ch	64a	2	CSP.ch approuve la limitation à 4 poursuites par année qui permettra de limiter les frais de la procédure de poursuite et donc le montant de l'endettement. Cependant la réforme devrait également concerner les frais de recouvrement qui prennent de plus en plus de place dans le montant total des créances. En effet, il n'est pas rare de voir des dettes d'assurance maladie composées à hauteur de 15% de frais de recouvrement. Les assureurs maladie qui bénéficient déjà de nombreux privilèges dans la procédure de poursuite (inclusion des primes dans le minimum vital, privilège dans la répartition de la saisie, possibilité de lever eux-mêmes les oppositions, compensation	

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

			par l'Etat de 85% du montant des actes de défaut de biens) ne devraient pas pouvoir exiger des frais de recouvrement qui dépassent les frais réellement engagés. La plupart des procédures de rappel sont informatisées, elles ne nécessitent que très peu d'intervention humaine et n'engendrent donc que de très faibles coûts. Aujourd'hui les frais de recouvrement importants demandés par certains assureurs contribuent à l'endettement sans fin de nos consultants et participent largement à créer un sentiment de découragement qui conduit à l'abandon de tout effort en vue de redresser la situation. Le plus choquant du point de vue de l'Etat, concerne les procédures de poursuite qui finissent en ADB. Dans ces cas les cantons payent 85% d'une créance souvent composée à hauteur d'au moins 15% de frais de recouvrement, ce qui revient à dire qu'en réalité les cantons payent le 100% des frais énumérés à l'article 64 a al. 3 (<i>primes et participations aux coûts arriérées, intérêts moratoires et frais de poursuites</i>) puisque les frais de recouvrement ne font pas partie de cette liste. Cette situation résulte du fait que les ADB ne distinguent pas les différents postes de la créance et que des frais de recouvrement, parfois exorbitants, se retrouvent mélangés aux primes impayées. En conclusion, tenant compte du fait que l'assurance maladie doit rester une assurance sociale, nous demandons l'interdiction des frais de recouvrement ou, à tout le moins, leur stricte limitation aux frais effectifs (par ex. : 5.- frs pour un courrier de rappel).	
--	--	--	---	--

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

CSP.ch	64a	4	Nous regrettons que le projet laisse subsister l'art. 64a al.4 qui crée une situation juridique ambiguë entre l'Etat, les assureurs et les débiteurs. En effet, le remboursement par les cantons de 85% de la créance, mais sans rachat de la créance, crée une situation inextricable dans laquelle le canton ne peut pas négocier des ADB qui ne lui appartiennent pas et où les assureurs estiment qu'ils ne peuvent pas accepter un paiement partiel pour solde de tout compte en raison du remboursement reçu par le canton. En d'autres termes, les tentatives de trouver un accord avec tous les créanciers pour un remboursement partiel dans le cadre d'un arrangement à l'amiable (333 LP) se retrouvent souvent bloquées par le refus des assureurs qui affirment n'avoir pas le droit de transiger. Cette situation est particulièrement grave quand on sait que plus de 60 % des personnes qui consultent nos services ont des dettes d'assurance maladie. Par ailleurs, la règle mise en place par cet alinéa, en cas de recouvrement auprès du débiteur, est également choquante puisqu'elle peut conduire à un remboursement allant jusqu'à 135% de la dette pour les assureurs, alors que les cantons ne pourront jamais recevoir plus d'une partie du montant qu'ils ont payé (50% au lieu de 85%). Ce risque d'enrichissement de la part de l'assureur et l'impossibilité pour les cantons de récupérer le montant qu'ils ont payé, même en cas de retour à meilleur fortune du débiteur, pose problème tant du point de vue de l'équité que de la défense des intérêts publics. Nous proposons donc la suppression de l'art. 64a al.4	Supprimer cet alinéa
--------	-----	---	---	----------------------

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

CSP.ch	64a	5	CSP.ch salue la possibilité, instaurée par le projet de nouvel al. 5, que les cantons puissent racheter les ADB moyennant un paiement de 90% de la créance, mais nous aurions souhaité qu'elle devienne la règle (voir ci-dessus ad art 64a al.4). Cette nouvelle façon d'agir, si elle est utilisée par les cantons, créera de vraies opportunités de désendettement aujourd'hui quasi inexistantes. Avec le rachat à 90%, le débiteur se retrouvera dans une situation plus claire et négociera avec son vrai créancier lorsqu'il s'agira de trouver un accord sur les modalités de remboursement de sa dette. La possibilité de changer de caisse, après le rachat de la dette par le canton, constituerait également un vrai progrès, car cette interdiction de changement de caisse contribue aujourd'hui à augmenter l'endettement des débiteurs en ne leur permettant pas de choisir une assurance moins chère (voir également ci-dessous ad art. 64a al.6).	
CSP.ch	64a	6	Nous proposons la suppression pure et simple de cet alinéa qui n'a jamais atteint ses buts, soit de faire pression sur les débiteurs en retard de paiement et d'éviter des situations de créanciers multiples. En effet, les assurés en retard de paiement ne vont pas trouver plus de moyens pour payer leurs arriérés du fait qu'ils sont empêchés de changer de caisse! Bien au contraire, le fait d'avoir des primes courantes plus élevées, constitue évidemment un frein supplémentaire au remboursement des arriérés. Quant aux situations de multiples créanciers, elles sont plutôt favorisées par cette règle.	Supprimer cet alinéa

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

			En effet, l'interdiction de changer de caisse aboutit à de nombreuses situations inextricables de doubles affiliations, puisque les débiteurs en retard de paiement contractent fréquemment une nouvelle assurance moins chère, sans se rendre compte qu'ils ne pourront pas se défaire de leur premier contrat. Malgré la règle claire de la loi sur les conséquences d'une double assurance, la pratique montre qu'il est très difficile pour des débiteurs sans connaissances juridiques de se défaire du second contrat et qu'il n'est pas rare que ces situations aboutissent à des ADB pour les deux assurances et, in fine, au remboursement par le canton des deux créances à hauteur de 85%. De plus, comme le relève le rapport à la page 22, §1, même en l'absence d'une double affiliation, l'interdiction de changer pour une assurance moins chère aboutit, en cas d'insolvabilité de l'assuré et donc de remboursement à 85% de l'ADB, à une augmentation des frais pour les cantons.	
CSP.ch	64a	7	CSP.ch soutient fortement la proposition de suppression de l'alinéa 7 et donc des listes noires qui empêchent, dans les cantons qui appliquent cette règle, les assurés en retard de paiement d'accéder à des soins ordinaires. Non seulement cette pratique est cruelle et indigne d'un Etat qui se préoccupe de santé publique, mais elle n'a jamais fait ses preuves en tant qu'incitation pour les assurés à payer leurs primes. Cette réglementation est basée sur la fausse prémisse que les assurés qui sont en retard de paiement choisissent de ne pas honorer leurs obligations, alors que, dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'une impossibilité, faute de moyens suffisants, de payer ses primes.	

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

CSP.ch	64a	7bis	Comme nous l'avons relevé ci-dessus (ad art. 64a al. 6), CSP.ch milite pour une suppression complète de l'interdiction de changer d'assurance. Cependant, si cette interdiction de changement de caisse devait subsister, il nous paraît que la proposition de réforme de l'alinéa 7, soit de changer unilatéralement les conditions d'assurances aux assurés en retard de paiement, en vue de réduire les primes, serait une fausse bonne idée. En effet, l'expérience des situations de surendettement nous a montré que la plupart des personnes concernées par des retards de paiement sont également démunies dans la gestion de leurs affaires administratives. Or, un changement unilatéral des conditions d'assurances, dans une catégorie avec choix limité du fournisseur de prestations, ne serait souvent pas compris et assimilé par les assurés et aboutirait inévitablement à de nombreuses erreurs et donc à des refus de prises en charges de factures par l'assurance suite à des traitements auprès d'un médecin non autorisé par le nouveau contrat. Il en résulterait une augmentation de l'endettement des assurés et de nombreux contentieux entre assurés, prestataires et assurances, ce qui ne peut pas être le but visé par cette proposition de réforme. Les modifications volontaires du contrat, au sein de la même assurance, sont déjà possibles avec le droit en vigueur; par contre, les principes de la liberté contractuelle et de l'autonomie de la volonté devraient s'opposer à de tels changements unilatéraux. Par ailleurs, en supprimant cet alinéa, il devient également possible pour les assurés qui ont atteint 18 ans de changer d'assurance et de forme d'assurance indépendamment du fait	Supprimer cet alinéa
--------	-----	------	---	----------------------

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

			que les primes et participations aux coûts pour les périodes à charge de leurs parents (minorité ou formation) soient encore impayées. Pour toutes ces raisons CSP.ch propose de rejeter cet alinéa. Dans le cas où notre proposition de suppression n'était pas retenue, nous souhaitons relever que des règles devraient être posées afin de garantir que les personnes atteintes d'une maladie chronique et les personnes avec handicap ne subissent pas d'inconvénients.	
CSP.ch	DT	1	Pour les mêmes raisons que ci-dessus (ad art 64a al. 5), CSP.ch soutient fortement la proposition d'autoriser les cantons à racheter les anciennes créances déjà compensées à 85%, moyennant un supplément de 3%. Il nous semble utile de préciser dans l'article que, lors d'une prise en charge rétroactive à 88% par le canton, l'assuré peut à nouveau changer d'assureur. Cette indication figure pourtant dans le rapport explicatif à la page 25.	

Autres propositions			
Nom	Art.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	64a 7ter		Les assurés qui ont atteint l'âge de 18 ans peuvent changer d'assureur et de forme d'assurance à la fin de l'année civile en dérogation
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

Prise de position de

Nom / organisation : Dettes Conseils Suisse / Schuldenberatung Schweiz

Abréviation de l'organisation : DCS/SBS

Adresse : P.O. Schuldenberatung Kanton Zürich
Schaffhauserstrasse 550
8052 Zürich

Personne de référence : Rémy Kammermann

Téléphone : 022 807 07 00 – 077 488 75 16

Courriel : Remy.kammermann@csp-ge.ch

Date : 30.09.20

Remarques importantes :

1. Veuillez ne pas changer le format du formulaire.
- 3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
- 4 Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le 6 octobre 2020 aux adresses suivantes :
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Nous vous remercions de votre participation.

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

Sommaire

Remarques générales	2
Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)	2
Autres propositions	10

Remarques générales

Nom	Commentaires/remarques
DCS/SBS	DCS salue un projet de réforme qui mettrait enfin un terme à la dette scandaleuse des enfants mineurs pour les primes impayées par leurs parents. Nous nous réjouissons également de la volonté de supprimer les listes noires et de la possibilité laissée aux cantons de racheter les dettes d'assurance maladie, ouvrant ainsi la voie à de vraies démarches d'assainissement. Par contre nous déplorons que ce projet n'inclue pas les jeunes majeurs en formation et donc à la charge de leur parents et qu'il maintienne l'interdiction de changer d'assurance en cas de dette envers l'assureur
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	

Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)

Nom	Art.	Al.	Let.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.DCS/SBS	61a	1		DCS approuve sans réserve le projet de réforme concernant les enfants mineurs, tant dans l'art. 61a , que dans les articles 3 al. 1 et 1bis, 5 al. 2, 64 al. 1bis et 64a al. 1 bis , ainsi que l'alinéa 2 des dispositions transitoires .	Les parent de l'enfant <i>et du jeune majeur en formation et à la charge obligatoire de ses parents en vertu du droit de la famille</i> , sont exclusivement débiteurs de ses primes jusqu'à la fin du mois où il devient majeur <i>et que cesse leur obligation d'entretien au sens de l'art 277 al. 2 CCS</i> .

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

			Nous estimons cependant que cette réforme devrait inclure les jeunes majeurs en formation et donc encore à la charge obligatoire de leurs parents. En effet, ces jeunes se trouvent dans une situation de fait et de droit quasi identique à celle des mineurs visés par la réforme : - Ils sont financièrement dépendants de leurs parents. - Leurs parents sont tenus légalement, en vertu du droit de la famille, de payer les primes. - Cependant, au vu de leur situation de dépendance, ils n'ont aucun moyen réel pour obliger leurs parents à payer les primes (aucun enfant, qui habite chez ses parents, ne les poursuivra en justice). - Ils n'ont pas les moyens financiers de s'acquitter des primes à la place de leurs parents. - Souvent, ils ne gèrent pas eux-mêmes leurs affaires administratives, beaucoup d'entre eux ne seront même pas nécessairement informés de l'existence d'une dette. Ces jeunes adultes vont donc également se retrouver endettés sans la moindre faute de leur part et commenceront leur vie indépendante, à la fin de leur formation, avec des actes de défaut de biens, ce qui va évidemment compromettre leurs possibilités de trouver un travail et un logement. La logique qui a conduit à proposer la suppression de la dette des mineurs dans ce projet, soit l'injustice de la	<i>(les autres articles concernant les enfants mineurs devraient être modifiés dans le même sens)</i>
--	--	--	--	--

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

				situation et la perspective inquiétante, tant pour le jeune que pour la société, d'un terrible départ dans la vie active, s'applique, mutatis mutandis, à la situation des jeunes adultes à la charge de leurs parents. L'idée soutenue à la page 19 du rapport (ad art. 64a al. 1bis), soit que le jeune adulte qui aura dû s'acquitter des primes arriérées auprès de l'assureur pourrait toujours se retourner contre ses parents, n'a aucun fondement dans la réalité. En effet, premièrement il est peu probable qu'un jeune adulte qui vient de sortir du nid familial soit capable de payer ces arriérés, mais surtout, même dans l'hypothèse où il aurait réussi à rembourser ses dettes, il est tout à fait contraire à l'expérience générale de la vie et à la psychologie humaine, qu'il attaque ses parents en justice. D'ailleurs la plupart du temps, selon la connaissance que nous avons par nos consultants dans de telles situations, les parents qui ne s'acquittent pas des primes d'assurance de leurs enfants ont de nombreuses autres dettes. Une éventuelle action de leurs enfants contre eux n'aboutirait donc qu'à un nouvel acte de défaut de biens. Pour toutes ces raisons nous estimons qu'il convient d'inclure les jeunes adultes en formation et à charge de leur parents dans cette réforme	
DCS/SBS	64a	2		DCS approuve la limitation à 4 poursuites par année qui permettra de limiter les frais de la procédure de poursuite et donc le montant de l'endettement.	

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

				Cependant la réforme devrait également concerner les frais de recouvrement qui prennent de plus en plus de place dans le montant total des créances. En effet, il n'est pas rare de voir des dettes d'assurance maladie composées à hauteur de 15% de frais de recouvrement. Les assureurs maladie qui bénéficient déjà de nombreux privilèges dans la procédure de poursuite (inclusion des primes dans le minimum vital, privilège dans la répartition de la saisie, possibilité de lever eux-mêmes les oppositions, compensation par l'Etat de 85% du montant des actes de défaut de biens) ne devraient pas pouvoir exiger des frais de recouvrement qui dépassent les frais réellement engagés. La plupart des procédures de rappel sont informatisées, elles ne nécessitent que très peu d'intervention humaine et n'engendrent donc que de très faibles coûts. Aujourd'hui les frais de recouvrement importants demandés par certains assureurs contribuent à l'endettement sans fin de nos consultants et participent largement à créer un sentiment de découragement qui conduit à l'abandon de tout effort en vue de redresser la situation. Le plus choquant du point de vue de l'Etat, concerne les procédures de poursuite qui finissent en ADB. Dans ces cas les cantons payent 85% d'une créance souvent composée à hauteur d'au moins 15% de frais de recouvrement, ce qui revient à dire qu'en réalité les cantons payent le 100% des frais énumérés à l'article 64 a al. 3 (<i>primes et participations aux coûts arriérées, intérêts moratoires et frais de poursuites</i>) puisque les frais de recouvrement ne font pas partie de cette liste.	
--	--	--	--	--	--

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

			Cette situation résulte du fait que les ADB ne distinguent pas les différents postes de la créance et que des frais de recouvrement, parfois exorbitants, se retrouvent mélangés aux primes impayées. En conclusion, tenant compte du fait que l'assurance maladie doit rester une assurance sociale, nous demandons l'interdiction des frais de recouvrement ou, à tout le moins, leur stricte limitation aux frais effectifs (par ex. : 5.- frs pour un courrier de rappel).	
DCS/SBS	64a	4	Nous regrettons que le projet laisse subsister l'art. 64a al.4 qui crée une situation juridique ambiguë entre l'Etat, les assureurs et les débiteurs. En effet, le remboursement par les cantons de 85% de la créance, mais sans rachat de la créance, crée une situation inextricable dans laquelle le canton ne peut pas négocier des ADB qui ne lui appartiennent pas et où les assureurs estiment qu'ils ne peuvent pas accepter un paiement partiel pour solde de tout compte en raison du remboursement reçu par le canton. En d'autres termes, les tentatives de trouver un accord avec tous les créanciers pour un remboursement partiel dans le cadre d'un arrangement à l'amiable (333 LP) se retrouvent souvent bloquées par le refus des assureurs qui affirment n'avoir pas le droit de transiger. Cette situation est particulièrement grave quand on sait que plus de 60 % des personnes qui consultent nos services ont des dettes d'assurance maladie. Par ailleurs, la règle mise en place par cet alinéa, en cas de recouvrement auprès du débiteur, est également choquante puisqu'elle peut conduire à un remboursement allant jusqu'à 135% de la dette pour les assureurs, alors que les cantons ne pourront jamais recevoir plus d'une partie du montant qu'ils ont payé (50% au lieu de 85%).	Supprimer cet alinéa

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

				Ce risque d'enrichissement de la part de l'assureur et l'impossibilité pour les cantons de récupérer le montant qu'ils ont payé, même en cas de retour à meilleur fortune du débiteur, pose problème tant du point de vue de l'équité que de la défense des intérêts publics. Nous proposons donc la suppression de l'art. 64a al.4	
DCS/SBS	64a	5		DCS salue la possibilité, instaurée par le projet de nouvel al. 5, que les cantons puissent racheter les ADB moyennant un paiement de 90% de la créance, mais nous aurions souhaité qu'elle devienne la règle (voir ci-dessus ad art 64a al.4). Cette nouvelle façon d'agir, si elle est utilisée par les cantons, créera de vraies opportunités de désendettement aujourd'hui quasi inexistantes. Avec le rachat à 90%, le débiteur se retrouvera dans une situation plus claire et négociera avec son vrai créancier lorsqu'il s'agira de trouver un accord sur les modalités de remboursement de sa dette. La possibilité de changer de caisse, après le rachat de la dette par le canton, constituerait également un vrai progrès, car cette interdiction de changement de caisse contribue aujourd'hui à augmenter l'endettement des débiteurs en ne leur permettant pas de choisir une assurance moins chère (voir également ci-dessous ad art. 64a al.6).	
DCS/SBS	64a	6		Nous proposons la suppression pure et simple de cet alinéa qui n'a jamais atteint ses buts, soit de faire pression sur les	Supprimer cet alinéa

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

				débiteurs en retard de paiement et d'éviter des situations de créanciers multiples. En effet, les assurés en retard de paiement ne vont pas trouver plus de moyens pour payer leurs arriérés du fait qu'ils sont empêchés de changer de caisse! Bien au contraire, le fait d'avoir des primes courantes plus élevées, constitue évidemment un frein supplémentaire au remboursement des arriérés. Quant aux situations de multiples créanciers, elles sont plutôt favorisées par cette règle. En effet, l'interdiction de changer de caisse aboutit à de nombreuses situations inextricables de doubles affiliations, puisque les débiteurs en retard de paiement contractent fréquemment une nouvelle assurance moins chère, sans se rendre compte qu'ils ne pourront pas se défaire de leur premier contrat. Malgré la règle claire de la loi sur les conséquences d'une double assurance, la pratique montre qu'il est très difficile pour des débiteurs sans connaissances juridiques de se défaire du second contrat et qu'il n'est pas rare que ces situations aboutissent à des ADB pour les deux assurances et, in fine, au remboursement par le canton des deux créances à hauteur de 85%. De plus, comme le relève le rapport à la page 22, §1, même en l'absence d'une double affiliation, l'interdiction de changer pour une assurance moins chère aboutit, en cas d'insolvabilité de l'assuré et donc de remboursement à 85% de l'ADB, à une augmentation des frais pour les cantons.	
DCS/SBS	64a	7		DCS soutient fortement la proposition de suppression de l'alinéa 7 et donc des listes noires qui empêchent, dans les	

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

				cantons qui appliquent cette règle, les assurés en retard de paiement d'accéder à des soins ordinaires. Non seulement cette pratique est cruelle et indigne d'un Etat qui se préoccupe de santé publique, mais elle n'a jamais fait ses preuves en tant qu'incitation pour les assurés à payer leurs primes. Cette réglementation est basée sur la fausse prémisse que les assurés qui sont en retard de paiement choisissent de ne pas honorer leurs obligations, alors que, dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'une impossibilité, faute de moyens suffisants, de payer ses primes.	
DCS/SBS	64a	7bis		Comme nous l'avons relevé ci-dessus (ad art. 64a al. 6), DCS milite pour une suppression complète de l'interdiction de changer d'assurance. Cependant, si cette interdiction de changement de caisse devait subsister, il nous paraît que la proposition de réforme de l'alinéa 7bis, soit de changer unilatéralement les conditions d'assurances aux assurés en retard de paiement, en vue de réduire les primes, serait une « fausse bonne idée ». En effet, l'expérience des situations de surendettement nous a montré que la plupart des personnes concernées par des retards de paiement sont également démunies dans la gestion de leurs affaires administratives. Or, un changement unilatéral des conditions d'assurances, dans une catégorie avec choix limité du fournisseur de prestations, ne serait souvent pas compris et assimilé par les assurés et aboutirait inévitablement à de nombreuses erreurs et donc à des refus de prises en charges de factures par l'assurance suite à des traitements auprès d'un médecin non autorisé par le nouveau contrat.	Supprimer cet alinéa

**Loi fédérale sur l'assurance maladie (exécution de l'obligation de payer les primes)
Procédure de consultation**

				Il en résulterait une augmentation de l'endettement des assurés et de nombreux contentieux entre assurés, prestataires et assurances, ce qui ne peut pas être le but visé par cette proposition de réforme. Les modifications volontaires du contrat, au sein de la même assurance, sont déjà possibles avec le droit en vigueur; par contre, les principes de la liberté contractuelle et de l'autonomie de la volonté devraient s'opposer à de tels changements unilatéraux. Pour toutes ces raisons DCS propose de rejeter cet alinéa.	
DCS/SBS	DT	1		Pour les même raisons que ci-dessus (ad art 64a al. 5), DCS soutient fortement la proposition d'autoriser les cantons à racheter les anciennes créances déjà compensées à 85%, moyennant un supplément de 3%.	

Autres propositions			
Nom	Art.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			

Inclusion Handicap
Mühlemattstrasse 14a
3007 Bern

info@inclusion-handicap.ch
www.inclusion-handicap.ch

INCLUSION.
HANDICAP

Dachverband der
Behindertenorganisationen Schweiz

Association faîtière des organisations
suisses de personnes handicapées

Mantello svizzero delle organizzazioni
di persone con disabilità

STANDESINITIATIVE 16.312 ERGÄNZUNG VON ARTIKEL 64A KVG BETREFFEND VOLLSTRECKUNG DER PRÄMIENZAHLUNGSPFLICHT DER VERSICHERTEN

Stellungnahme Inclusion Handicap



05.10.2020

A Allgemeine Bemerkungen

Mit der Inkraftsetzung von Art. 64a KVG wurden die Kantone ermächtigt, Versicherte, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, auf einer Liste zu erfassen und somit ihren Zugang zu medizinischen Behandlungen auf nicht weiter definierte Notfallbehandlungen zu beschränken. Diese von gewissen Kantonen geführten sogenannten schwarzen Listen haben teilweise gravierende Auswirkungen. Tragisches Beispiel aus dem Jahre 2018: Einem HIV-positiven Patienten wurden aufgrund der Liste seines Wohnkantons die zur Behandlung notwendigen Medikamente verweigert, was später dazu führte, dass der Mann verstarb.

Rund zehn Jahre nach Inkraftsetzung von Art. 64a KVG zeigt sich, dass nicht die Zahlungsunwilligkeit, sondern die Zahlungsunfähigkeit Grund dafür ist, dass gewisse Personen mit der Prämienzahlung im Verzug sind, und dass die Führung von schwarzen Listen an dieser Zahlungsunfähigkeit nichts zu ändern vermögen. Im Gegenteil, die schwarzen Listen führten in der Vergangenheit vielmehr zu mehreren Streitigkeiten über die Übernahme von medizinischen Behandlungskosten durch die Krankenkassen, bis hin zum eingangs geschilderten Fall des Todes eines Menschen. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates schlägt nun mit ihrem erläuternden Bericht zur Standesinitiative 16.312 vor, die kantonale Kompetenz zur Führung von schwarzen Listen abzuschaffen. Inclusion Handicap unterstützt diesen Vorschlag voll und ganz.

Menschen mit Behinderungen leben in vielen Fällen in engen finanziellen Verhältnissen. Es kann daher durchaus immer wieder einmal vorkommen, dass sie ihre Krankenkassenprämien und ihre Kostenbeteiligungen nicht oder nicht rechtzeitig begleichen können. Insbesondere chronisch Erkrankte sind aber dringend darauf angewiesen, dass sie die notwendigen Behandlungen ohne Unterbruch weiterführen können. Durch die von einigen Kantonen geführten schwarzen Listen wird dies jedoch verhindert. Ein Zustand der nun endlich geändert werden soll und den es aus der Sicht von Inclusion Handicap dringend zu ändern gilt.

B Materielle Bemerkungen

1. Art. 64a Abs. 1^{bis} KVG

Mit einem neuen Abs. 1^{bis} von Art. 64a KVG schlägt die Kommission vor, dass Minderjährige selber keine Prämien und Kostenbeteiligungen mehr schulden, sondern dass ausschliesslich und somit auch nach dem Erreichen ihrer Volljährigkeit ihre Eltern dafür haften sollen.

Inclusion Handicap begrüsst es sehr, dass junge Erwachsene nicht mehr für ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen belangt werden können, die während ihrer Minderjährigkeit angefallen sind und für deren Bezahlung ihre Eltern hätten sorgen müssen. Es ist wichtig, dass junge Erwachsene und insbesondere auch junge Erwachsene mit Behinderungen nach Erreichen des 18. Altersjahrs nicht mit Schulden ins Erwachsenenleben starten.

➔ **Inclusion Handicap unterstützt Art. 64a Abs. 1^{bis} KVG voll und ganz.**

2. Art. 64a Abs. 7 KVG

Die Kommissionsmehrheit schlägt vor, den bisherigen Abs. 7 von Art. 64a KVG ersatzlos zu streichen. Inclusion Handicap unterstützt diesen Vorschlag voll und ganz.

Wie eingangs erwähnt leben Menschen mit Behinderungen oftmals in äusserst engen finanziellen Verhältnissen. Dies führt immer wieder einmal dazu, dass sie ihre Krankenkassenprämien und ihre Kostenbeteiligungen nicht oder nicht rechtzeitig begleichen können. Insbesondere Menschen mit chronischen Krankheiten sind aber dringend und ohne Unterbruch auf notwendige medizinische Behandlungen angewiesen. Die von einigen Kantonen geführten schwarzen Listen verhindern dies aber immer wieder und es kommt zu langwierigen Streitigkeiten über die Übernahme von medizinischen Behandlungskosten durch die Krankenkassen. Dadurch verstreicht kostbare Zeit, in der sich der Gesundheitszustand der Betroffenen erheblich zu verschlechtern droht. Die Kommissionsmehrheit will diesen Zustand ändern, was Inclusion Handicap voll und ganz begrüsst.

Den Antrag der Kommissionsminderheit (Häberli-Koller, Bischof, Kuprecht, Müller Damian), wonach Abs. 7 von Art. 64a KVG mit einem dritten und vierten Satz ergänzt werden soll und welcher die Möglichkeit von schwarzen Listen beibehalten möchte, lehnt Inclusion Handicap hingegen entschieden ab.

- ➔ **Inclusion Handicap unterstützt die Kommissionsmehrheit bei Art. 64a Abs. 7 KVG voll und ganz.**
- ➔ **Inclusion Handicap lehnt die Kommissionsminderheit bei Art. 64a Abs. 7 KVG entschieden ab.**

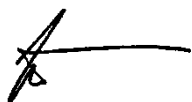
3. Art. 64a Abs. 7^{bis} KVG

Den Vorschlag der Kommission in Art. 64a Abs. 7^{bis} KVG beurteilt Inclusion Handicap als kritisch. Dass Versicherer Personen mit Zahlungsausständen in einem Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zu versichern haben, birgt die Gefahr, dass die Versicherer die Leistungsqualität entsprechender Modelle trotz gesetzlich identischer Pflichtleistung verringern werden. Es ist zudem nicht auszuschliessen, dass die grösseren Versicherer eigens für Versicherte mit Zahlungsausständen Alternativmodelle kreieren werden, die dann dem Grundprinzip des obligatorischen Versicherungsschutzes der KVG-Versicherung zuwiderlaufen.

- ➔ **Inclusion Handicap beurteilt die Versicherung von Personen mit Zahlungsausständen in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers als kritisch.**

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und bitten Sie, die darin formulierten Anliegen zu berücksichtigen.

Freundliche Grüsse



Julien Neruda, Geschäftsleiter

Die Mitgliederorganisationen von Inclusion Handicap

Asrimm | autismusschweiz | FRAGILE Suisse | GELIKO (Schw. Gesundheitsligen-Konferenz) |
inclusione andicap ticino | insieme Schweiz | PluSport | pro audito Schweiz | Procap | Pro Infirmis | Pro
Mente Sana | Schw. Blinden- und Sehbehindertenverband (SBV) | Schw. Gehörlosenbund (SGB) |
Schw. Multiple Sklerose Gesellschaft | Schweizer Paraplegiker-Vereinigung | Schw. Stiftung für das
cerebral gelähmte Kind | Schw. Zentralverein für das Blindenwesen (SZBlind) |
Sonos – Schw. Hörbehindertenverband | Verband Dyslexie Schweiz | Vereinigung Cerebral Schweiz

**Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Ständerates (SKG-SR)
3003 Bern**

Zürich, 1. Oktober 2020

**16.312 Standesinitiative; Ergänzung von Art. 64a KVG betreffend Vollstreckung
der Prämienzahlungspflicht der Versicherten; Vernehmlassung**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident Rechsteiner

Pro Mente Sana ist eine gesamtschweizerische Stiftung und die wichtigste sprachregional übergreifende und unabhängige Anlaufstelle für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung, deren Angehörige und Fachleute. Nachfolgend nehmen wir gerne die Gelegenheit wahr, zur titelerwähnten Vorlage Stellung zu nehmen.

Gemäss Vorlage sollen junge Erwachsene nicht mehr für Prämien und Kostenbeteiligungen belangt werden können, die während ihrer Minderjährigkeit angefallen sind. Ferner sollen die Krankenversicherungen die säumigen Versicherten höchstens vier Mal pro Jahr betreiben dürfen. Gemäss dem Vorschlag einer Mehrheit der SGK-SR soll zudem die Führung von schwarzen Listen mit säumigen Prämienzahlenden nicht mehr erlaubt sein. Damit soll verhindert werden, dass diese in den Kantonen, die schwarze Listen führen, von Ärzt*innen und Spitälern nur noch bei Notfällen behandelt werden dürfen. Stattdessen sollen die säumigen Prämienzahlenden neu in einem günstigen Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringenden weiterversichert werden. Eine Minderheit der SGK-SR hingegen spricht sich dafür aus, die Führung schwarzer Listen weiterhin zu erlauben und im Gegenzug den Begriff der Notfallbehandlungen schweizweit festzulegen.

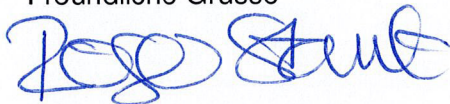
Pro Mente Sana **begrüss**t die vorliegende Revision in ihrem Grundsatz. Die von der Kommission vorgeschlagene Korrektur der Situation, dass Minderjährige für in Vergangenheit akkumulierte Prämien schulden aufkommen müssen, sobald sie erwachsen werden, unterstützen wir vehement. Diese unhaltbare Situation muss sobald wie möglich der Vergangenheit angehören.

Grundsätzlich befürworten wir auch den Antrag der Kommissionsmehrheit bzgl. **Ab-schaffung der schwarzen Listen**. Dies ist aus unserer Sicht dringend nötig, denn

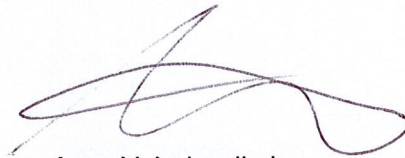
Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen leben häufig in äusserst engen finanziellen Verhältnissen und es kommt immer wieder vor, dass sie die Krankenkassenprämien und die Kostenbeteiligungen nicht oder nicht rechtzeitig begleichen können. Sie sind aber dringend darauf angewiesen, dass die notwendigen Behandlungen ohne Unterbruch weitergeführt werden können. Gleichzeitig erachten wir diesen Vorschlag als eine vorübergehende Lösung. Äusserst kritisch stehen wir nämlich der damit einhergehenden Einschränkung der Wahl der Leistungserbringenden gegenüber. Langfristig wäre es unseres Erachtens zielführender, die Prämienlast auf höchstens 10% des verfügbaren Einkommens eines Haushalts zu begrenzen, wie dies die Anfang 2020 zustande gekommene Prämientlastungsinitiative fordert. Den Antrag der Kommissionsminderheit lehnen wir hingegen ab, da er lediglich die gegenwärtige Situation zementiert.

Für die wohlwollende Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir Ihnen im Voraus.

Freundliche Grüsse



Roger Staub, MPH, MAE
Geschäftsleiter



Aner Voloder, lic.iur.
Fachverantwortung Recht

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates

per Mail an:

aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch

gever@bag.admin.ch

Basel, 26. August 2020

16.312 Standesinitiative. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten – Vernehmlassungsverfahren

Sehr geehrte Frau Präsidentin
sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens zum eingangs erwähnten Geschäft Stellung nehmen zu können.

Aus datenschutzrechtlicher Sicht veranlasst uns lediglich die vorgesehene Streichung von Art. 64a Abs. 7 KVG zur Bemerkung, dass wir die Streichung ausdrücklich begrüssen.

Die Führung einer Liste von säumigen Prämienzahlenden stellt einen Eingriff in das Grundrecht auf Schutz der Privatsphäre (Art. 13 Abs. 2 BV) dar, welcher nicht nur einer gesetzlichen Grundlage bedarf, sondern stets auch verhältnismässig sein muss (Art. 36 Abs. 3 BV, spezifisch für Personendatenbearbeitungen Art. 4 Abs. 2 DSG und die sinn-gemässen Bestimmungen der kantonalen Datenschutzgesetze). Das Gebot der Verhältnismässigkeit verlangt, dass eine behördliche Massnahme für das Erreichen des im öffentlichen Interesse liegenden Ziels geeignet und erforderlich ist und sich für die Betroffenen als zumutbar erweist (BGE 136 I 87 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

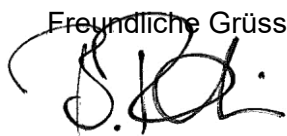
Im erläuternden Bericht wird ausführlich dargelegt, dass das mit der Liste verfolgte Ziel, den Druck auf Versicherte zu erhöhen, die zwar zahlungsfähig, aber zahlungsunwillig sind, nicht erreicht wird; im Gegenteil wird von gesundheitlichen Risiken für die wirtschaftlich und sozial schwachen Bevölkerungsgruppen berichtet (Ziff. 2.2.1).

Stellen solche Listen kein geeignetes Mittel zur Erreichung des erhofften Ziels dar, so würde deren Weiterführung das Verhältnismässigkeitsprinzip und damit letztlich die ver-

fassungsmässigen Garantien bei Grundrechtseingriffen verletzen. Auf sie ist deshalb zu verzichten.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unseres Anliegens. Für Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Beat Rudin
Präsident privatim

Per E-Mail

Ständerat
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
CH-3003 Bern

St. Gallen/Basel, den 4. Oktober 2020

16.312 Standesinitiative. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Vernehmlassung in rubrizierter Angelegenheit. Die SVR-ASM hat ihre Bemerkungen zur Revisionsvorlage wunschgemäss im entsprechenden Formular eingetragen. Wir hoffen, Ihnen mit unseren Überlegungen gedient zu haben, und danken Ihnen nochmals für die Gelegenheit zur Vernehmlassung.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Im Namen des Vorstandes



Prof. Dr. Patrick Guidon
Präsident SVR-ASM



lic. iur. Patrik Müller-Arenja
Vorstandsmitglied SVR-ASM

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Schweizerischen Vereinigung der Richterinnen und Richter (SVR) / association suisse des magistrats de l'ordre judiciaire (ASM) / Associazione svizzera dei magistrati (ASM)

Abkürzung der Organisation : SVR-ASM

Adresse : c/o Patrick Guidon, Kantonsgericht St. Gallen, Klosterhof 11, 9001 St. Gallen

Kontaktperson : Patrik Müller-Arenja, Zivilgerichtspräsident Basel-Stadt

Telefon : 061 267 63 70

E-Mail : patrik.mueller@bs.ch

Datum : 4. Oktober 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2
Weitere Vorschläge	5

Allgemeine Bemerkungen

Name	Bemerkung/Anregung
SVR-ASM	Das Problem von nicht bezahlten Kinderkrankenkassenprämien sowie Kostenbeteiligungen und die damit verbundenen, einschneidenden Konsequenzen für die betroffenen jungen Erwachsenen ist bei der Schweizer Richterschaft – insbesondere bei den im Familienrecht tätigen Richterinnen und Richtern – bekannt. Insofern begrüsst es die Schweizerische Vereinigung der Richterinnen und Richter (SVR-ASM), dass sich der Gesetzgeber dieser Problematik annimmt. Soweit die SVR-ASM zum diesbezüglichen Vorentwurf Bemerkungen oder Anregungen macht, beschränkt sie sich als Standesorganisation indes auf diejenigen Aspekte, welche im gerichtlichen Alltag von Relevanz sind. Es sind dies in erster Linie die (gerichtliche) Vollstreckung von Krankenkassenprämien sowie der Umgang mit denselben in familienrechtlichen Verfahren – namentlich bei der Unterhaltsfestlegung zwischen den Eltern. Im Übrigen verzichtet die SVR-ASM auf eine weitergehende Vernehmlassung.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SVR-ASM	61a	1		Soweit die Eltern des Kindes gemeinsam mit diesem in einem Haushalt zusammenleben, ist sicherlich angemessen, dass beide Elternteile solidarisch für die KVG-Prämien haften. Leben die Eltern jedoch getrennt, so wird in deren Innenverhältnis für gewöhnlich (ausdrücklich oder zumindest implizit) geregelt sein, welcher Elternteil gegenüber dem Krankenversicherer die Prämie zu bezahlen hat (durch gerichtlichen Entscheid oder aussergerichtliche Vereinbarung). In aller Regel wird dies der obhutsberechtigte Elternteil sein und der andere Elternteil bezahlt im Gegenzug Kinderunterhaltsbeiträge, welche unter anderem der Deckung der KVG-Prämien dienen. Auch dort, wo	Die Prämien für das Kind sind bis zum Ende des Monats, in dem es volljährig wird, ausschliesslich von demjenigen Elternteil geschuldet bei welchem das Kind behördlich gemeldet ist. Leben beide Eltern gemeinsam mit dem Kind im selben Haushalt, sind die Prämien von seinen Eltern solidarisch geschuldet.

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

			die Betreuung des Kindes durch die getrenntlebenden Eltern gemeinsam wahrgenommen wird (alternierende Obhut), wird im Innenverhältnis zwangsläufig geregelt sein, welcher Elternteil gegenüber dem Krankenversicherer die Prämienzahlungspflicht erfüllt. In der Praxis wird in der ganz überwiegenden Mehrheit der Fälle derjenige Elternteil die Prämien bezahlen, bei welchem das Kind auch behördlich gemeldet ist. Es wird daher mit Blick auf die Begebenheiten in der Praxis angeregt, dass bei getrenntlebenden Eltern grundsätzlich jeweils derjenige Elternteil für die KVG-Prämien haften soll, bei welchem das Kind behördlich gemeldet ist. Damit wird verhindert, dass die im Innenverhältnis (zwangsläufig) getroffene Unterhaltsregelung durch die im Aussenverhältnis bestehende Solidarität unterlaufen wird. Namentlich würde es als stossend empfunden, wenn sich die Krankenversicherer im Rahmen des Inkassos mehrheitlich an die – meist leistungsfähigeren – Unterhaltspflichtigen halten würden. Selbst im Fall, in welchem der Kinderunterhalt – und damit die Kostenbeteiligung des anderen Elternteils an den KVG-Prämien des Kindes – vom Unterhaltspflichtigen nicht bezahlt wird, erscheint eine solidarische Haftung unangemessen. Denn in diesen Fällen wird der Unterhalt des Kindes in aller Regel vom Gemeinwesen (unter Übernahme des entsprechenden Inkassorisikos) gegenüber dem Unterhaltsberechtigten bevorschusst und der Unterhaltsverpflichtete sieht sich der Gefahr der (unwiederbringlichen) Doppelzahlung ausgesetzt. Ferner ist mit Blick auf die Vollstreckung anzumerken, dass es für den Krankenversicherer in der Praxis wohl ohnehin einfacher ist, die KVG-Prämien dort erhältlich zu machen, wo das Kind auch gemeldet ist.	
SVR-ASM	61a	2	Wie vorstehend dargelegt (vgl. Art. 61a Abs. 1), wird angeregt, dass bei getrenntlebenden Eltern von einer Solidarhaftung	Im Rahmen der gerichtlichen Unterhaltsregelung kann bei getrenntlebenden Eltern vom Grundsatz

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

			abgesehen wird und stattdessen derjenige Elternteil haften soll, bei welchem das Kind gemeldet ist. Als wenig praktikabel wird hingegen die vorgeschlagene Lösung erachtet, wonach grundsätzlich von Solidarität ausgegangen wird und sich ein Elternteil davon befreien kann, indem er nachweist, dass er zur Unterhaltszahlung verpflichtet ist und diese Beiträge bezahlt. So wird nicht klar, gegenüber wem und in welchem (Vollstreckungs-)Stadium bzw. bis wann der entsprechende Befreiungsbeweis erbracht werden kann resp. spätestens muss. Diese nicht geregelten Fragen müssten in der Praxis erst geklärt werden und es ist davon auszugehen, dass viele getrenntlebende Eltern betroffen wären. Geht man vom angeregten Grundsatz aus, wonach jeweils derjenige Elternteil für die KVG-Prämien haften soll, bei welchem das Kind gemeldet ist, ist jedoch eine Regelung für die (wohl sehr seltenen) Fälle zu treffen, in welchen die Elternteile im Innenverhältnisse eine abweichende Regelung getroffen haben – sprich dort, wo gemäss Unterhaltsregelung ausnahmsweise der in einem anderen Haushalt wohnhafte Elternteil die KVG-Prämien des Kindes direkt bezahlt. Diesfalls könnte vorgesehen werden, dass die Eltern im Rahmen der Unterhaltsfestlegung eine vom vorstehenden Grundsatz abweichende Regelung treffen können. Aufgrund der Aussenwirkung wäre jedoch zu verlangen, dass diese abweichende Regelung dem Krankenversicherer (umgehend) mitgeteilt werden muss. Um allfälligem Missbrauch vorzubeugen (bspw. indem bewusst der nicht-leistungsfähige Elternteil bezeichnet wird), müsste wohl zudem verlangt werden, dass die entsprechende Unterhaltsregelung (durch das Gericht oder die KESB) vorgenommen oder genehmigt wurde.	gemäss Abs. 1 abgewichen und festgelegt werden, dass der jeweils andere Elternteil die Prämien für das Kind schuldet. Der entsprechende Entscheid ist dem Versicherer mitzuteilen.
--	--	--	---	---

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
SVR-ASM			

Per E-Mail an:

aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit
Herr Ständerat Paul Rechsteiner
3003 Bern

Lausanne, 25. September 2020

16.312 Standesinitiative. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
sehr geehrte Damen und Herren Ständeräte

Die Schweizerische Gesellschaft für Haftpflicht- und Versicherungsrecht (SGHVR) erlaubt sich, sich im Rahmen der Vernehmlassung zur oben erwähnten Vorlage zu äussern. Entsprechend der Ausrichtung unserer Gesellschaft gilt unser primäres Interesse der wissenschaftlichen Durchdringung der geregelten Materie sowie deren Beurteilung aus der Sicht des gesamten sozialen Sicherungssystems.

Vor diesem Hintergrund beschränkt sich unsere Vernehmlassungsantwort auf die folgenden Punkte:

I. Grundsätzlich

Dem Begleitbericht entnehmen wir, dass heute – trotz Prämienverbilligung – die Krankenversicherer jährlich zwischen 700'000 und 1'000'000 Betreibungen einleiten müssen und ihnen schliesslich Verlustscheine über fast 400 Millionen Franken ausgestellt werden. Vor diesem Hintergrund fragen wir uns, ob die Finanzierung des Gesundheitswesens noch zeitge-

mässig ist und nicht ein viel grösserer Revisionsbedarf besteht, als die vorgeschlagene Teilrevision des KVG vorsieht. Sicher ist auf jeden Fall, dass die uns unterbreitete Vorlage kaum mehr als ein Tropfen auf einen heissen Stein ist. Wir zweifeln deshalb am Sinn der Vorlage und fragen uns, ob sich der damit verbundene Aufwand lohnt.

Im Einzelnen nehmen wir wie folgt Stellung:

II. Verzicht auf schwarze Listen

Wir begrüssen den von der Kommissionsmehrheit vorgeschlagenen Verzicht auf schwarze Listen. Entsprechend lehnen wir auch den Vorschlag der Kommissionsminderheit ab, die den Kantonen solche schwarzen Listen weiterhin erlauben möchte. Wird auf schwarze Listen verzichtet, so braucht der Gesetzgeber auch nicht die (schwierige) Frage zu beantworten, was unter einer Notfallbehandlung zu verstehen ist, auf die ein Versicherter bei Ausstellung eines Verlustscheins Anspruch hat.

Der Verzicht auf schwarze Listen ist nun aber nicht gleichbedeutend damit, dass den säumigen Versicherten keine Nachteile drohen. So hält der Vorentwurf daran fest, dass die Kantone von den Versicherern verlangen können, dass ihnen säumige Versicherte gemeldet werden (Art. 64a Abs. 2 VE-KVG). Dabei bleibt unklar, welchem Zweck diese Meldung genau dient. Nach dem Vorschlag der Kommission besteht neu zudem die Pflicht der Versicherer, die Versicherten bei Ausstellung eines Verlustscheins in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers zu versichern (Art. 64 Abs. 7bis VE-KVG). Und schliesslich verlieren diese Versicherten auch das Recht, den Versicherer zu wechseln (Art. 64 Abs. 6 VE-KVG).

Die erwähnten Massnahmen sind aus der Optik des Staates, der für ausstehende Forderungen der Versicherten aufkommen muss, verständlich. Trotzdem wecken sie Bedenken, weil nicht nach dem Grund der Säumnis gefragt und damit gleichsam unterstellt wird, die Versicherten würden mutwillig ihren Verpflichtungen gegenüber den Versicherern nicht nachkommen. Dies ist nun aber keineswegs zwingend so. Vielmehr kann der Grund auch in einem Schicksalsschlag liegen, beispielsweise dem Verlust des Arbeitsplatzes oder einer Scheidung. Unsere diesbezüglichen Bedenken werden auch nicht dadurch zerstreut, dass der Bundesrat Ausnahmen vom Wechsel in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers vorsehen kann (Art. 64 Abs. 7bis 2. Satz). Unklar bleibt beim Ganzen, was nach Meinung der Kommission der Grund für eine solche Ausnahme sein könnte.

III. Rückkauf von Verlustscheinen

Einverstanden sind wir mit dem Vorschlag, wonach der Kanton die den Versicherern ausgestellten Verlustscheine "zurückkaufen" kann, wenn sie diesen 90% der Verlustscheinsforderung ersetzen (Art. 64 Abs. 4 und 5 VE-KVG): Die Kantone scheinen uns besser als die Versicherer geeignet, die Verlustscheine zu bewirtschaften. Dies gilt umso mehr, als davon auszu-

gehen ist, dass die Versicherten häufig nicht nur ihren Verpflichtungen gegenüber der Krankenkasse nicht nachkommen können, sondern auch noch weitere Schulden gegenüber dem Staat haben, namentlich Steuerschulden.

In diesem Zusammenhang regen wir an zu prüfen, ob dem Kanton die Verlustscheine nicht bereits dann auszuhändigen sind, wenn dieser, wie dies heute der Fall ist, die Versicherer bloss im Umfang von 85% der Verlostscheinsforderung entschädigt. Der Verzicht auf einen Zuschlag von 5% bedeutete auf jeden Fall eine wünschenswerte Vereinfachung des Systems, fiel damit doch auch die Rückerstattung an die Kantone von 40% des nachträglich erhältlich gemachten Geldes weg. Im Ergebnis würde sich so wohl kaum etwas an der Lastenverteilung zwischen den Kantonen und den Versicherern ändern.

IV. Beschränkung der Betreibungen

Wir sind damit einverstanden, die Anzahl jährlicher Betreibungen auf vier zu beschränken (Art. 64a Abs. 2 VE-KVG), befürchten aber, dass damit erneut reine Symptombekämpfung betrieben wird. Unklar ist auch, mit welchen (zusätzlichen) Verlusten die Versicherer rechnen müssen, wenn sie die Versicherten nur noch vier Mal im Jahr betreiben dürfen. Unklar ist auch, ob und wie kontrolliert werden soll, dass nur vier Betreibungen jährlich gegen den gleichen Versicherten angestrengt werden. Namentlich wenn die versicherte Person ihren Wohnort wechselt, scheint uns dies sehr schwierig, wenn nicht gar unmöglich zu sein. Dies gilt erst recht, wenn sich die Versicherten nicht selber gegen weitere Betreibungen zur Wehr setzen.

IV. Ausschliessliche Haftung der Eltern für die Prämien ihrer (minderjährigen) Kinder

Wir finden es richtig, dass ausschliesslich die Eltern für die Prämien ihrer minderjährigen Kinder haften (Art. 64 Abs. 1bis VE-KVG) und fragen uns, weshalb dies nach geltendem Recht anders sein soll. Es macht jedenfalls keinen Sinn und ist stossend, wenn junge Erwachsene für Forderungen der Versicherer, namentlich Prämien, gerade stehen müssen, die fällig geworden sind, als sie noch nicht volljährig waren. Dies gilt auch in jenen wohl eher seltenen Fällen, dass ein Kind infolge der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ausnahmsweise in die Lage versetzt wird, den früheren Verpflichtungen nachzukommen. Nicht ganz so einfach wird allerdings auch in diesem Fall die praktische Umsetzung dieser Neuerung sein: Der Vorentwurf spricht davon, dass die Eltern solidarisch für die ausstehenden Prämien ihrer minderjährigen Kinder haften, ausser die Prämien seien nur von einem Elternteil geschuldet. Unklar ist, wann letzteres der Fall ist. Dass die Eltern nach einer Scheidung nicht mehr solidarisch für die Krankenkassenprämien ihrer Kinder haften, scheint uns richtig; Bedenken hätten wir hingegen, wenn die Solidarität bereits mit dem Abschluss einer Trennungsvereinbarung dahinfiele. Wir bitten, die Frage im Begleitbericht zur Vorlage zu vertiefen.

Mit freundlichen Grüßen

Schweizerische Gesellschaft für Haftpflicht- und Versicherungsrecht

Felix Schöbi, PD Dr. iur.
Vizepräsident

Stephan Fuhrer, Prof. Dr. iur.
Präsident

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe

Abkürzung der Organisation : SKOS

Adresse : Monbijoustrasse 22, 3000 Bern

Kontaktperson : Dr. iur. Alexander Suter, Stv. Geschäftsführer

Telefon : 031 326 19 17

E-Mail : alexander.suter@skos.ch

Datum : 6. Oktober 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2
Weitere Vorschläge	Erreur ! Signet non défini.

Allgemeine Bemerkungen

Name	Bemerkung/Anregung
SKOS	Gesundheitsversorgung von Armutsbetroffenen ist eine Herausforderung Ein Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit wird durch diverse Studien belegt: Verschuldete und armutsbetroffene Personen sind stärker durch gesundheitliche Probleme belastet als andere Personen, und zudem verzichten sie aus Kostengründen häufiger auf den Gang in eine Praxis oder ins Spital (Lucas et al., 2019). Dadurch können gesundheitliche Beschwerden chronisch werden, mit entsprechenden Folgen für betroffene Personen und Kosten für die Allgemeinheit. Diese Wechselwirkung zu durchbrechen ist eine sozialpolitische Herausforderung, wozu die hier behandelte Vorlage einen Beitrag leisten kann.
SKOS	Individuelle Prämienverbilligungen Ein wirksames Element zur Verminderung der Gesundheitskosten von Haushalten mit tiefem Einkommen sind individuelle Prämienverbilligungen. Sparmassnahmen bei der IPV führen zu grösseren Prämienausständen bei den Krankenkassen. Aus Sicht der SKOS ist es deshalb wichtig, dass der Zugang zu IPV nicht weiter eingeschränkt wird.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SKOS	61a	1		Junge Erwachsene haben ein erhöhtes Verschuldungs- und Armutsrisiko, weil die Lebensphase zwischen 18 und 25 Jahren geprägt ist von Übergängen in Bezug auf Ausbildung, Beruf, Arbeitsstelle, Familie und allenfalls eigene Kinder. Junge Erwachsene sollten daher nicht zusätzlich durch Schulden belastet werden, die in die Verantwortung ihrer Eltern fallen. Dieses Ziel der Vorlage wird von der SKOS explizit unterstützt.	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

				Es entspricht denn auch den neu revidierten SKOS-Richtlinien, wonach junge Erwachsene nicht rückerstattungspflichtig sind für Unterstützungsleistungen, die während ihrer Minderjährigkeit oder Erstausbildung bezogen wurden.	
SKOS	64a	2		Begrüsst wird, dass ausstehende Prämien nicht mehr monatlich, sondern in grösseren Abständen betrieben werden sollen. Dies entlastet sowohl die betroffenen Personen wie auch die Verwaltung. Die SKOS schlägt maximal 2 Betreibungen pro Jahr vor.	
SKOS	64a	6		Personen, die mit Sozialhilfe unterstützt werden, müssen in der Regel so günstig wie möglich gegen Krankheit versichert sein. Nach geltendem Recht ist jedoch ein Versicherungswechsel bei ausstehenden Prämien nicht möglich. Dies hat zur Folge, dass die Schulden weiter zunehmen und der Handlungsspielraum eingeschränkt wird. Es wird daher begrüsst, dass die Kantone die Möglichkeit haben, durch die Übernahme eines höheren Prämienanteils und eine neue Versicherung die Verschuldungssituation zu entschärfen.	
SKOS	64a	7		Eine ausreichende und zeitnahe Gesundheitsversorgung ist ein grundrechtlicher Kerngehalt, der auch bei bestehenden Zahlungsrückständen nicht gefährdet sein darf (Art. 12 BV). Eine ausreichende Gesundheitsversorgung ist daher von zentraler Bedeutung für ein menschenwürdiges Dasein und sie muss so ausgestaltet sein, dass ein Behandlungs- resp. Finanzierungsentscheid nicht von der Begriffsauslegung («Notfallbehandlung») und Ermessen abhängig ist. Es ist daher explizit zu begrüssen, dass die Möglichkeit zur Schaffung von Schwarzen Listen mit säumigen Prämienzahlenden abgeschafft werden soll.	

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Triangel Beratung

Abkürzung der Organisation : Schuldenberatung

Adresse : Bundesstrasse 15, 6300 Zug

Kontaktperson : André Widmer

Telefon : 041 728 80 80

E-Mail : andre.widmer@triangel-zug.ch

Datum : 15.09.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2
Weitere Vorschläge	3

Allgemeine Bemerkungen	
Name	Bemerkung/Anregung
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	Wir sind dezidiert der Meinung der Kommission, dass das Führen von «schwarzen Listen» nicht mehr vertretbar ist.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	Wir unterstützen die Kommissionmeinung, dass die Krankenversicherer die säumigen Prämienzahler neu in einem günstigeren Versicherungsmodell, mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers versichern. In diesem Kontext darf die Franchise nicht erhöht werden, sinnvollerweise wählt man die tiefste Möglichkeit.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)					
Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	64a	5		Die Kanton dürfen diese Entscheidung nicht an die Gemeinden delegieren.	... wieder wechseln. Diese Entscheidung kann nicht an die Gemeinden delegiert werden.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	64a	5		Kantone mit einer «schwarzen Liste» müssen zwingend Abs. 5 umsetzen.	... wieder wechseln. Diese Entscheidung kann nicht an die Gemeinden delegiert werden. Kantone welche eine Liste für die säumigen Prämienzahlenden führen, müssen Abs. 5 umsetzen.

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
---	--	--	--	--	--

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Wettbewerbskommission

Abkürzung der Organisation : WEKO

Adresse : Hallwylstrasse 4, 3003 Bern

Kontaktperson : Holzmüller Franca, Sekretariat der WEKO, Referentin

Telefon : 058 463 44 88

E-Mail : franca.holzmueller@weko.admin.ch

Datum : 2.10.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 6. Oktober 2020 an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	2
Weitere Vorschläge	3

Allgemeine Bemerkungen	
Name	Bemerkung/Anregung
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	Besten Dank für die Berücksichtigung im Rahmen obgenannten Vernehmlassungsverfahrens. Seitens der Wettbewerbskommission bestehen keine Bemerkungen .
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)					
Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du					

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht)
Vernehmlassungsverfahren**

renvoi introuvable.					
------------------------	--	--	--	--	--

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			