

Geht per Mail an: aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch;
dm@bag.admin.ch

15.12.2017

Vernehmlassung zur Parlamentarische Initiative: Stärkung der Selbstverantwortung im KVG

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Bürgerlich-Demokratische Partei (BDP) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme in obgenannter Vernehmlassung.

Die Stossrichtung der Parlamentarischen Initiative zur Stärkung der Selbstverantwortung im KVG ist zu begrüßen.

Das System der Wahlfranchise fördert grundsätzlich die Selbstverantwortung der Versicherten. Die Parlamentarische Initiative ist zu unterstützen, sie fordert, dass die Wahlfranchisen neu eine Vertragsdauer von drei Jahren haben, während denen diese nicht gekündigt werden können. Damit soll verhindert werden, dass die grössere Selbstverantwortung temporär wieder abgegeben wird, indem die Franchisestufe vor einer planbaren medizinischen Massnahme gesenkt und anschliessend wieder erhöht wird.

Mit der neuen dreijährigen Vertragsdauer wird die Selbstverantwortung sogar noch gefördert.

Auch die Wahlfreiheit wird mit den neuen Bestimmungen nicht unverhältnismässig eingeschränkt, denn die Versicherten haben nach wie vor die Möglichkeit, die Versicherung oder zu anderen Versicherungsmodellen zu wechseln. Zudem besteht weiterhin die Möglichkeit, von einem Prämienrabatt zu profitieren.

Zudem ist eine beruhigende Wirkung im Wettbewerb um die Versicherten zu erhoffen. Auch bleibt die unternehmerische Freiheit der Versicherungen gewährleistet. Zusätzlich bietet die Vorlage den Versicherungen sogar den Anreiz, sich im Versorgungsmanagement stärker zu engagieren.

Schliesslich kann erwartet werden, dass die Massnahmen zur Dämpfung der Gesundheitskosten beitragen.

Wir danken für die Prüfung und Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse



Martin Landolt
Parteipräsident BDP Schweiz
BDP Schweiz



Rosmarie Quadranti
Fraktionspräsidentin

CVP Schweiz, Postfach, 3001 Bern

Per Mail: - aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
- dm@bag.admin.ch

Bern, 18. Dezember 2017

**Vernehmlassung: Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG):
Mindestdauer der Franchise bei besonderen Versicherungsformen**

Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben uns eingeladen, zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (15.468 Pa.lv. „Stärkung der Selbstverantwortung im KVG“) Stellung zu nehmen. Für diese Gelegenheit zur Meinungsäusserung danken wir Ihnen bestens.

Allgemeine Bemerkungen

Die CVP will eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zu einem tragbaren Preis. Die Gesundheitskosten und damit die Krankenversicherungsprämien haben sich seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 1996 mehr als verdoppelt, während die Nominallöhne nur um gut 20 Prozent gestiegen sind. Eine Trendumkehr ist zurzeit nicht absehbar, im Gegenteil – jährlich steigen die Prämien um 4 bis 5 Prozent an. Die Kostenspirale nach oben muss deshalb gebrochen werden.

Die gesamte Bevölkerung ist heute vor den finanziellen Konsequenzen bei Erkrankungen in grossen Teilen geschützt. Das ist erfreulich. Aufgrund dieses hohen Versicherungsschutzes werden bei Versicherten jedoch kaum Anreize geschaffen für präventives Verhalten und ein grösseres Kostenbewusstsein. Mit der Wahl der höchsten Franchise von 2500 Franken lässt sich viel Geld sparen, während das Kostenbewusstsein der Prämienzahler gefördert wird. Damit wird erreicht, dass Mehrfachuntersuchungen stärker hinterfragt werden und bei medizinischen Bagatellfällen nicht gleich der Arzt aufgesucht wird. Die versicherte Person trägt das Risiko eigenverantwortlich, bei Krankheit einen grösseren Anteil an den Leistungskosten selbst zu bezahlen.

Die CVP unterstützt die Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten.

Stärkung der Eigenverantwortung

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) knüpft an diese Idee an und geht nun einen Schritt weiter. Versicherte können heute per Anfang Jahr ihre Franchise wechseln. Mit der vorliegenden KVG-Änderung soll verhindert werden, dass die grössere Selbstverantwortung je nach Gesundheitszustand zeitweise abgegeben und beispielsweise vor einem planbaren Eingriff die Franchise gesenkt wird, um Kosten zu sparen. Gemäss der Anpassung des KVG dürfen Wahlfranchisen künftig während dreier Jahre nicht geändert werden. Das Hauptziel, wonach verhindert werden soll, dass Versicherte bei einem absehbaren Eingriff die Franchise senken, ist begrüssenswert.

Die Vorlage ist kein Beitrag zur Kostendämpfung, stärkt aber die Eigenverantwortung sowie das Solidaritätsprinzip. Die CVP begrüsst daher die Absicht der Kommission. Zudem sind mehrjährige KVG-Verträge durchaus sinnvoll.

Die CVP Schweiz unterstützt das Anliegen der Änderung im Sinne der Stärkung der Eigenverantwortung. Es ist für die CVP Schweiz aber auch wichtig, dass die Auswirkungen der Änderungen beobachtet und die Massnahme bei allfälligen negativen Auswirkungen nochmals geprüft werden. Zudem soll die Möglichkeit von höheren Prämienrabatten bei der Maximalfranchise in Aussicht gestellt werden, damit diese attraktiv bleibt.

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. Béatrice Wertli
Generalsekretärin CVP Schweiz

Commission de la sécurité sociale et
de la santé publique CN
3003 Berne

Par email:

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

Berne, le 15 décembre 2017 / nb

VL iv.pa. 15.468 LAMal

15.468 Initiative parlementaire. LAMal. Renforcer la responsabilité individuelle
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.

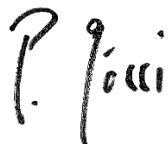
PLR.Les Libéraux-Radicaux accepte cet avant-projet de modification de l'assurance-maladie (LAMal). Un renforcement de la responsabilité individuelle est souhaitable et nous saluons le fait que le texte aille dans ce sens. Le PLR aspire à une réduction durable des coûts de la santé et estime que cette initiative peut y contribuer.

Néanmoins, il est essentiel que davantage de liberté soit accordée tant aux assureurs qu'aux assurés quant à la possibilité de conclure un contrat sur plusieurs années. Contrairement à ce qui est prévu dans l'avant-projet, un contrat sur plusieurs années ne devrait pas être une obligation, mais rester optionnel. Il serait également souhaitable que la possibilité de contracter une assurance sur plusieurs années soit étendue à tous les modèles d'assurance (médecin de famille, HMO). Elle ne devrait pas se limiter aux franchises à option. La compétition entre les caisses maladies se verrait ainsi renforcée et des coûts administratifs pourraient être réalisés.

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

Le Secrétaire général



Petra Gössi
Conseillère nationale

Samuel Lanz



Grünliberale Partei Schweiz
Monbijoustrasse 30, 3011 Bern

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
3003 Bern

Per E-Mail an: aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch und dm@bag.admin.ch

18. Dezember 2017

Ihr Kontakt: Ahmet Kut, Geschäftsführer der Bundeshausfraktion, Tel. +41 31 311 33 03, E-Mail: schweiz@grunliberale.ch

Stellungnahme der Grünliberalen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung: 15.468 Pa.lv. Stärkung der Selbstverantwortung im KVG

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Vorlage und den Erläuternden Bericht zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (15.468 Pa.lv. Stärkung der Selbstverantwortung im KVG) und nehmen dazu wie folgt Stellung:

Die Grünliberalen erachten es als zentral, dass die dramatische Kostenentwicklung im Bericht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unter Kontrolle gebracht wird. Nach der Prämienrunde vom 28. September 2017 wird deutlich, dass sich die Kostenspirale mit durchschnittlich plus 4% Prämienerrhöhungen für das Jahr 2018 weiter nach oben dreht. Grund dafür ist, dass das Gesundheitssystem seit Jahren (auch) durch ökonomische Fehlansätze und Überversorgung geprägt ist. Neben den Leistungserbringern müssen auch die Prämienzahler ihren Teil der Verantwortung für diese Kostenentwicklung erkennen und tragen. Die Grünliberalen begrüssen daher alle Massnahmen, die zu einer Stärkung der Selbstverantwortung im KVG führen.

Die Vorlage sieht vor, dass die Versicherten, die eine Versicherung in einer besonderen Versicherungsform mit wählbarer Franchise abschliessen, die gewählte Franchise während drei Jahren behalten müssen. Die Versicherten können während dieser drei Jahre den Versicherer wechseln, nicht aber die gewählte Franchise. Dadurch soll verhindert werden, dass Personen zu tieferen Franchisen wechseln, wenn sie einen medizinischen Eingriff planen. Ein solches Verhalten stösst sich am Solidaritätsgedanken, der das KVG prägt. Im besten Fall führt der Vorschlag zu einem grösseren Kostenbewusstsein der Versicherten, da diese, wenn sie sich für eine längere Zeitdauer für eine höhere Franchise entschieden haben, in Bagatellfällen eigenverantwortlich die Kosten übernehmen oder auf eine medizinische Behandlung verzichten werden.

Andererseits kann eine solche mehrjährige Verpflichtung dazu führen, dass die Versicherten nach einer Risikoabwägung von einer hohen Wahlfranchise zur tieferen ordentlichen Franchise wechseln. Eine tiefere Franchise schwächt aber die Selbstverantwortung, was zu Mehrkonsum medizinischer Leistungen führt („Moral Hazard“, auf den wir bereits in unserer Stellungnahme vom 17. Oktober 2017, hingewiesen haben [Vernehmlassung KVG. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung]). Damit würde das Gegenteil von dem erreicht, was das Ziel der Vorlage ist. Dabei ist insbesondere an die älteren Versicherten mit finanzieller Stabilität zu denken, die sich bei einer mehrjährigen Bindung – aus nachvollziehbaren Gründen – nicht mehr dafür entscheiden, eine

Wahlfranchise zu wählen. Bei ihnen ist die Selbstverantwortung für ein präventiv gesundheitsorientiertes Verhalten zwar gross – grösser als bei den Jungen. Sie benötigen allerdings trotz eines guten Gesundheitsverhaltens vielleicht doch einmal eine kleinere Operation oder Behandlung, denn ihr Risiko, unerwartet zu erkranken, steigt mit fortschreitendem Alter. Das kann sie davon abhalten, eine hohe Franchise zu wählen, die während mehrerer Jahre nicht angepasst werden kann.

Die Grünliberalen begrüssen alle Massnahmen, welche die Selbstverantwortung im KVG stärken. Neben den Leistungserbringern müssen auch die Prämienzahler ihren Teil der Verantwortung für diese Kostenentwicklung erkennen und tragen. Der vorübergehende Wechsel auf eine tiefere Franchise, wenn ein medizinischer Eingriff geplant ist, stösst sich am Solidaritätsgedanken, der das KVG prägt. Das Anliegen der Vorlage ist insofern zu begrüssen.

Es gilt allerdings zu vermeiden, dass aus der mehrjährigen Bindung der Wahlfranchise ungewollt Mehr- statt Minderkosten für die OKP resultieren, weil sich weniger Versicherte für eine Wahlfranchise entscheiden und in der Folge weniger gesundheits- und kostenbewusst verhalten. Bevor der Systemwechsel vorgenommen wird, sind daher seine Auswirkungen vertieft zu untersuchen und nötigenfalls Massnahmen vorzusehen, um negativen Effekten entgegenzuwirken (z.B. Definition von Ausnahmefällen, in denen weiterhin einjährige Wahlfranchisen erlaubt werden).

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und die Prüfung unserer Anmerkungen und Vorschläge.

Bei Fragen dazu stehen Ihnen die Unterzeichnenden sowie unser zuständiges Kommissionsmitglied, Nationalrat Thomas Weibel, gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Jürg Grossen
Parteipräsident



Ahmet Kut
Geschäftsführer der Bundeshausfraktion



T +41 31 3266607
E gaelle.lapique@gruene.ch

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
CH-3003 Bern
Per E-Mail verschickt
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

21. Dezember 2017

15.468 Pa.Iv. «Stärkung der Selbstverantwortung im KVG»

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Zusammenhang mit der Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) haben Sie die Grüne Partei der Schweiz zur Stellungnahme eingeladen. Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, uns zur Vorlage zu äussern.

Die Grünen lehnen die zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative Borer/Brand vorgeschlagene Änderung des KVG ab. Grundsätzlich würde der Zwang zur Festlegung einer Wahlfranchise für drei Jahre die Wahlfreiheit der Versicherten einschränken. Das Resultat wäre eine weitere Entsolidarisierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu Lasten von Haushalten mit tiefen und mittleren Einkommen sowie alten, chronisch kranken und mehrfach kranken Versicherten.

Bereits heute ist die Schweiz im Vergleich mit den anderen OECD-Staaten unter den Ländern mit den mit Abstand höchsten Out-Of-Pocket-Ausgaben. Mit Kopfprämien, Franchisen und Selbstbehalt ist die einkommensunabhängige Belastung bereits über einer sozial vertretbaren Schwelle. Hinzu kommen die sinkenden Beiträge der Kantone an die Prämienverbilligungen, was das Sozialziel weiter untergräbt. Schliesslich stellen die Grünen fest, dass das «opportunistische Senken und Erhöhen der Franchise», welches durch diese Vorlage eingedämmt werden soll, ein vernachlässigbares Phänomen ist: Gemäss erläuterndem Bericht senken jeweils nur 0.17 Prozent der Versicherten ihre Franchise vorübergehend.

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

Freundliche Grüsse

Regula Rytz
Präsidentin

Gaëlle Lapique
Fachsekretärin



Office fédéral de la santé publique
Division Surveillance de l'assurance
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

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

Berne, le 18 décembre 2017

**Initiative parlementaire
LAMal. Renforcer la responsabilité individuelle
Procédure de consultation**

Monsieur le Président,
Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir sollicité notre prise de position concernant la modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) visant à renforcer la responsabilité individuelle et de nous avoir transmis les documents y afférents.

Appréciation générale

Par ce projet, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) entend renforcer la responsabilité individuelle des assuré-e-s. Premièrement, elle souhaite contraindre les personnes qui optent pour une franchise à option à demeurer dans cette franchise pour une durée de trois ans. Elle juge que le projet permettra de renforcer le principe de solidarité de l'assurance-maladie en prévenant les baisses temporaires de la franchise en vue d'un traitement médical. Ainsi, elle espère pouvoir accroître la conscience des coûts des assuré-e-s vu qu'ils devraient recourir moins souvent à un traitement médical en cas de problèmes de santé mineurs. De plus, la majorité de la commission compte atténuer la concurrence à laquelle se livrent les assureurs dans la chasse aux assuré-e-s. Elle pense que pareille modification inciterait les assureurs à s'engager en faveur d'une meilleure gestion des soins. En fin de compte, selon elle, l'avant-projet devrait contribuer à endiguer la hausse des coûts de la santé.

Le Parti socialiste suisse (PS) prend acte de ces considérations et manifeste sa ferme opposition à l'égard de l'avant-projet de la CSSS-N. La LAMal est mue par la solidarité entre les personnes en bonne santé et celles affectées par une maladie. L'avant-projet en question ne renforcera pas cette solidarité ; au contraire, elle l'affaiblira puisqu'elle pénalisera gravement les assuré-e-s les plus vulnérables, qui jouissent justement de manière plus que proportionnelle de ladite

**Parti socialiste
Suisse**

Theaterplatz 4
Case postale · 3001 Berne

Téléphone 031 329 69 69
Téléfax 031 329 69 70

info@pssuisse.ch
www.pssuisse.ch



solidarité à l'heure actuelle. En effet, si une maladie grave ou chronique leur est diagnostiquée, il est tout à fait normal qu'elles bénéficient de la couverture d'assurance adéquate et qu'elles adaptent leur franchise à leur état de santé. Ainsi le PS est d'avis que l'avant-projet soumis à consultation représente une attaque frontale contre le principe de solidarité au cœur de cette assurance sociale. Les assuré-e-s devront assumer une charge financière plus élevée. Cela accentuera la problématique du renoncement aux soins. Une partie des charges supplémentaires sera vraisemblablement reportée sur l'aide sociale ou les prestations complémentaires. Compte tenu des très maigres économies réalisées (5 millions par année sur les 31 milliards de francs que valent l'assurance obligatoire des soins) et de l'infime nombre de personnes changeant de franchise de manière temporaire annuellement (0.17% des assuré-e-s), le PS estime que ce projet n'est rien d'autre qu'un alibi pour accélérer la désolidarisation au sein de la LAMal, imposer des chicanes supplémentaires aux assuré-e-s et ouvrir la porte à une médecine à deux vitesses. Au surplus, il limitera considérablement la liberté de choix des assuré-e-s, tout en amoindrissant l'attractivité des franchises à option. Pour toutes ces raisons, le PS refuse d'entrer en matière sur l'avant-projet. La mesure apparaît extrêmement démesurée et créera plus de problèmes qu'elle n'en résoudra.

Par ailleurs, il convient de rappeler et de mettre en avant les conclusions du rapport du Conseil fédéral en réponse au [postulat Schmid-Federer 13.3250](#) : c'est généralement l'état de santé des assuré-e-s qui est déterminant pour le choix de la franchise. En d'autres mots, il faut partir du principe que la franchise ne constitue pas un facteur décisif sur le recours aux prestations. Partant, nous en déduisons qu'une gestion de la demande en faisant du bricolage autour des franchises n'apportera pas de solutions appropriées pour endiguer l'accroissement des coûts.

En matière de conscience des coûts, le PS est d'avis que l'avant-projet de la commission ne présentera aucune plus-value. La participation des assuré-e-s aux dépenses de la santé a augmenté en moyenne de 4,1% depuis l'introduction de la LAMal en 1996. Parallèlement, les salaires nominaux ont progressé d'environ 1%. Cela signifie que les assuré-e-s ont dû consacrer une part toujours plus importante de leurs revenus aux coûts de la santé si bien que le renforcement de la responsabilité individuelle s'est dans les faits déjà produit durant les 20 dernières années. Malgré tout, l'on ne constate aucun impact positif significatif sur les coûts.

Commentaire des dispositions

Art. 62, al. 2^{quater} LAMal : exception à l'obligation de conserver les franchises à option

Selon l'avant-projet de la majorité de la CSSS-N, seul-e-s les assuré-e-s qui atteignent l'âge de 18 ans peuvent choisir une autre franchise à option que celle pour laquelle les parents ont opté. Cela se justifie par le fait que les enfants atteignent l'âge adulte et qu'ils sont capables de discernement. De l'avis du PS, cette exception devrait également s'appliquer aux assuré-e-s chez qui une maladie grave ou chronique a été diagnostiquée. Il sied de préserver le principe de solidarité entre les personnes malades et bien portantes et, partant, de respecter le fondement de la LAMal. Dans cet esprit, le PS invite le législateur à suivre la proposition de la minorité qui vise à compléter l'alinéa dans ce sens.



En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ces quelques lignes, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, Madame, Monsieur, l'assurance de notre haute considération.

Parti socialiste
suisse

Christian Levrat
Président

Jacques Tissot
Secrétaire politique

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

Bern, 18. Dezember 2017

15.468 Parlamentarische Initiative. Stärkung der Selbstverantwortung im KVG

Vernehmlassungsantwort der Schweizerischen Volkspartei (SVP)

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident

Wir danken Ihnen für die Einladung, im Rahmen der oben genannten Vernehmlassung Stellung zu nehmen. Gerne äussern wir uns wie folgt:

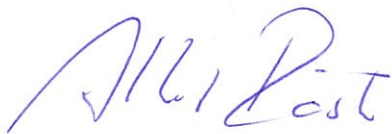
Die SVP begrüsst die geplante Änderung des Krankenversicherungsgesetzes, auch wenn die daraus zu erwartenden Kosteneinsparungen sehr gering ausfallen dürften. Aus unserer Sicht sollte Art. 62 KVG aber so formuliert werden, dass es in jedem Kalenderjahr möglich ist, die Franchise zu erhöhen. Ziel und Zweck der Pa.Iv. 15.468 ist es ja, das opportunistische vorübergehende Senken der Franchise zu erschweren, um absehbare Gesundheitskosten auf die Gemeinschaft abzuwälzen. Der Erhöhung der Franchise, und damit der Übernahme von mehr Eigenverantwortung, sollten jedoch keine Hindernisse in den Weg gestellt werden.

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

SCHWEIZERISCHE VOLKSPARTEI

Der Parteipräsident

Der Generalsekretär



Albert Rösti
Nationalrat



Gabriel Lüchinger

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

E-Mail-Adressen:

sgk.csss@parl.admin.ch

aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch

dm@bag.admin.ch

29. November 2017

Vernehmlassung:

15.468 Parlamentarische Initiative: Stärkung der Selbstverantwortung im KVG

Sehr geehrter Herr Nationalrat de Courten
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 18. September hat uns der frühere Präsident der SGK-N, Bundesrat Ignazio Cassis, eingeladen, an der Vernehmlassung zur Parlamentarische Initiative: Stärkung der Selbstverantwortung im KVG teilzunehmen. Wir danken für diese Möglichkeit und nehmen gerne aus gesamtwirtschaftlicher Sicht dazu Stellung.

economisesuisse lehnt die Gesetzesänderung ab.

Die Wirtschaft begrüsst zwar die Absicht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit SGK, die Selbstverantwortung zu stärken. Ebenso finden wir die Idee gut, mehrjährige KVG-Verträge zuzulassen.

economisesuisse bezweifelt jedoch, dass die Vorlage zu einer Stärkung der Selbstverantwortung führt: die Kommission will nämlich die einjährigen Verträge mit Wahlfranchisen abschaffen. Dies könnte am Ende zu einer Verringerung der Wahlfranchisen führen, weil risikoscheue Versicherte eine Bindung an hohe Franchisen für drei Jahre fürchten. Zudem wird die Chance verpasst, den risikofreudigen Versicherten mit dreijährigen Wahlfranchisen zusätzliche Rabatte zu gewähren. Damit würden Wahlfranchisen insgesamt sogar noch attraktiver.

1. Hintergrund des Vorstosses

Die Kosten in der Grundversicherung steigen stärker als im gesamten Gesundheitssektor. Weil in der Grundversicherung die Kostenbeteiligung tiefer ist, steht die berechtigte Vermutung im Raum, das so genannte Moralische Risiko (moral hazard) sei daran mitschuldig. Die Förderung der Wahlfranchisen verringert dieses Risiko und hilft damit, die Kostenentwicklung in der Grundversicherung zu bremsen.

Die Kommission hat die Befürchtung geäußert, dass Versicherte heute bei den einjährigen Verträgen ihre Wahlfranchise kurzfristig senken, wenn beispielsweise ein Wahleingriff geplant ist. Im darauf folgenden Jahr würden sie dann die Wahlfranchise wieder erhöhen. Durch dieses Manöver würde die Selbstverantwortung unterminiert. Sie schlägt deshalb vor, die einjährigen Wahlfranchisen abzuschaffen und mit dreijährigen Verträgen zu ersetzen. Damit wären die Versicherten an Dreijahresverträge gebunden, wenn sie eine Wahlfranchise möchten.

2. Beurteilung der Wirtschaft

Diese «Franchisenhüpfen», wie es oben beschrieben wurde, ist in der Realität ein Randphänomen: Eine Studie im Auftrag des Bundes hat dies bestätigt: «Nur sehr wenige Versicherte (0.17%) senken ihre Franchise im einen Jahr und erhöhen diese im nächsten Jahr wieder. Das gleiche gilt auch für den umgekehrten Fall (0.13%). Insgesamt zeigen die Resultate der Studie somit, dass nur eine sehr kleine Minderheit der Versicherten einen „Hin-und-Her“- Wechsel der Franchise vornimmt.»¹

Aus diesem Grund erachtet die Wirtschaft die Abschaffung der einjährigen Verträge bei Wahlfranchisen für verfehlt. Diese Einschränkung der Vertragsmöglichkeiten hat schwerwiegende, dynamische Konsequenzen auf die künftige Verteilung der Wahlfranchisen: Im Jahr 2015 wählten 56.2 Prozent der Versicherten Wahlfranchisen. Mit Umsetzung der Vorlage würde dieser Anteil höchstwahrscheinlich sinken. Wenn nämlich nur Dreijahresverträge möglich sind, so werden die Wahlfranchisen insgesamt weniger attraktiv. Gerade für viele ältere Versicherte würden Dreijahresverträge mit hoher Franchise ein zu grosses finanzielles Risiko darstellen. Auch risikoscheue oder minderbemittelte Personen würden solche mittelfristigen Verträge meiden. Als Resultat hätte man einen geringeren Anteil an Versicherten mit Wahlfranchisen und somit eine Verringerung der Selbstverantwortung im System. Dies liesse sich einfach vermeiden: Die Kommission könnte an ihrer Idee mit den Dreijahresverträgen festhalten, müsste aber gleichzeitig die Einjahresverträge bei Wahlfranchisen weiterhin zulassen. Zusätzlich sollten bei dreijährigen Verträgen die Rabattmöglichkeiten erhöht werden, weil das finanzielle Risiko für die Versicherten höher ist. Auf diese Weise liesse sich die Selbstverantwortung im KVG-System stärken, was genau die Absicht der Vorlage ist. Gleichzeitig könnte man damit die präventiven Anreize sowohl bei den Versicherten als auch bei den Versicherern verbessern. Das wären zwei Fliegen auf einen Schlag. Was kann man sich von einer einzigen Vorlage besseres wünschen?

Die Kommission befürchtet bei dieser Variante eine Überforderung der Versicherten, da die Auswahl unüberschaubar würde. Wir sehen dies gerade umgekehrt: Mit der Abschaffung der Einjahresverträge bei Wahlfranchisen wären die Versicherten stärker gefordert. Denn alle 56 Prozent der Personen mit Wahlfranchisen müssten sich für einen neuen Vertrag entscheiden, weil ihre Versicherungsform abgeschafft würde. Würde man dagegen bloss die Dreijahresverträge neu zulassen, müsste gar niemand wechseln. Einzig interessierte Versicherte könnten neu einen Dreijahresvertrag wählen. Damit würden die Präferenzen dieser Personen besser abgebildet, wohingegen für alle anderen sich nichts ändern würde. Bei der Variante der Kommission mit der Abschaffung der Einjahresverträge hingegen

¹ Vgl. Seite 22 in: Leistungsverzicht und Wechselverhalten der OKP-Versicherten im Zusammenhang mit der Wahlfranchise. Schlussbericht von B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung in Zusammenarbeit mit Departement Volkswirtschaftslehre, Universität Bern (2017)

würden einige Versicherte schlechter gestellt, weil sie weder beim Dreijahresvertrag mit Wahlfranchise noch beim Einjahresvertrag mit Standardfranchise ihr bestes Modell gefunden hätten. Mit anderen Worten handelt es sich nur bei unserem Vorschlag um eine Pareto-Verbesserung. Der Kommissionsvorschlag wäre im besten Fall keine Pareto-Verschlechterung.²

3. Fazit

Die Wirtschaft lehnt die Gesetzesänderung in dieser Form ab. Eine zusätzliche Möglichkeit für Mehrjahresverträge bei Wahlfranchisen begrüssen wir jedoch.

Die gleichzeitige Abschaffung der jetzigen, einjährigen Verträge bei Wahlfranchisen schränkt aus unserer Sicht die Wahlfreiheit unnötig ein, weil es sich beim Wahlfranchisen-Hüpfen höchstens um ein Randphänomen handelt. Als noch gravierendere Konsequenz senkt diese Einschränkung die Attraktivität der Wahlfranchisen. Das führt zu geringerer Selbstverantwortung im KVG-System. Wir plädieren deshalb für die zusätzliche Einführung von Dreijahresverträgen mit Wahlfranchisen ohne Abschaffung der einjährigen. Damit könnten ohne Nachteile neben der Selbstverantwortung auch die präventiven Anreize gestärkt werden.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse
economiesuisse



Prof. Dr. Rudolf Minsch
Chefökonom und
stv. Vorsitzender der Geschäftsleitung



Dr. Fridolin Marty
Leiter Gesundheitspolitik

² <https://de.wikipedia.org/wiki/Pareto-Optimum>

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrats
Schweizerisches Parlament
3003 Bern

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

Bern, 1. Dezember 2017

Parlamentarische Initiative "Stärkung der Selbstverantwortung im KVG": Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrte Damen und Herren

Besten Dank für die Einladung zur oben erwähnten Vernehmlassung. Der Schweizerische Gewerkschaftsbund (SGB) lehnt die zur Umsetzung der Parlamentarischen Initiative Borer/Brand vorgeschlagene Änderung des KVG ab. Im Folgenden erläutern wir die Gründe.

Grundsätzlich würde der Zwang zur Festlegung einer Wahlfranchise für drei Jahre die Wahlfreiheit der Versicherten einschränken. Dies gilt insbesondere für all jene, die sich eine hohe Franchise bei einem längeren Risikofenster nicht mehr leisten können. Ihre Belastung würde sich durch entsprechend höhere Prämien in der Grundfranchise durchschnittlich erhöhen. Das Resultat wäre eine weitere Entsolidarisierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu Lasten von Haushalten mit tiefen und mittleren Einkommen sowie alten, chronisch kranken und mehrfach kranken Versicherten.

Die Selbstbeteiligung der Versicherten ist in der Schweiz im europäischen Vergleich bereits heute rekordverdächtig hoch. Sie beträgt gemäss OECD 27%, wohingegen sie sich beispielsweise in Deutschland auf 13% und in Frankreich auf nur 7% beläuft. So beteiligen sich Schweizer Versicherte mit hohen und stetig steigenden Beiträgen über die Kopfprämie, die Franchise, den Selbstbehalt, die Pflegekostenbeteiligung und den Spitalbeitrag in einem äusserst hohen Ausmass an den Kosten der obligatorischen Krankenversicherung. Diese Ausgaben werden auch durch bereits beschlossene gesetzliche Änderungen unmittelbar noch zunehmen (z.B. werden die Prämien der Erwachsenen durch die Entlastung junger Erwachsener im Risikoausgleich steigen).

Gleichzeitig zur bereits sehr hohen Belastung der mittleren Einkommen greifen auch die Instrumente zur Entlastung der tiefen Einkommen immer weniger. So sind die Prämienverbilligungen schon länger im Fokus verschiedener kantonaler Sparpakete (ein neues, besonders stossendes Beispiel liefert der Kanton Luzern). Diese führen oft dazu, dass der entsprechende Budgetposten unter dem Druck der stagnierenden oder gar sinkenden Mittel immer mehr zur Abdeckung von Bedarfsleistungen (EL, Sozialhilfe, Kinderrabatte) verwendet werden muss. Der Spielraum für Kürzungen ist bei diesen Bedarfsleistungen zum Glück begrenzt.

Umso mehr müssen aber die übrigen Bedürftigen mit tiefen Einkommen aufgrund der Sparmassnahmen mit stetig sinkenden Prämienverbilligungen auskommen, wie der SGB mehrfach im Detail nachgewiesen hat. Der SGB fordert deshalb schon länger die Einführung eines verbindlichen Sozialziels, welches die Prämien auf maximal 10 Prozent des Nettoeinkommens beschränkt. Ferner steht bei den Ergänzungsleistungen eine Reform an, wo in jedem Fall darauf verzichtet werden muss, die Situation finanziell schlecht gestellter RentnerInnen durch eine niedrigere Definition der vergüteten Prämienhöhe zu verschärfen.

Auf drei Jahre blockierte Wahlfranchisen würden – wie auch im erläuternden Bericht der Kommission festgestellt – für viele Versicherte die zu erwartende Selbstbeteiligung erhöhen. Dies gilt insbesondere für jene Versicherten, die sich einzig und allein unter dem Druck der steigenden Prämienlast (und unabhängig von individuellen Risikoüberlegungen) für eine höhere Franchise entscheiden müssen.

Nun unterstützt der SGB prinzipiell Bestrebungen, die durch hohe Wahlfranchisen entstandene Entsolidarisierung unter den Versicherten einzudämmen. Mit dieser Gesetzesänderung dürfte jedoch das Gegenteil eintreten, da aufgrund des höheren Risikos dreijähriger Wahlfranchisen der Druck auf entsprechend höhere Prämienrabatte für ebendiese Franchisen mittelfristig noch zunehmen würde (die im Bericht zitierte Ecoplan-Studie legt dies nahe). Dabei gilt es festzuhalten, dass die Prämienrabatte der Wahlfranchisen (auch versicherungstechnisch) bereits heute zu hoch angesetzt sind, wie das BAG in seinem Bericht "Prämienermässigung für Wahlfranchisen" nachgewiesen hat.

Schliesslich stellt der SGB fest, dass das "opportunistische Senken und Erhöhen der Franchise", welches durch diese Vorlage eingedämmt werden soll, ein vernachlässigbares Phänomen ist: Gemäss erläuterndem Bericht senken jeweils nur 0.17 Prozent (!) der Versicherten ihre Franchise vorübergehend. Die darauf basierende, unter grosszügigen Annahmen berechnete maximale Entlastung von 5 Millionen ist folglich unverhältnismässig klein, zumal den Entlastungen bei den Versicherern entsprechende zusätzliche Belastungen bei den Versicherten gegenüberstehen würden.

Darüber hinaus wäre – wie der Bericht ebenfalls festhält – mit Mehrkosten in der Sozialhilfe und bei den Ergänzungsleistungen zu rechnen. Längerfristigen Mehraufwand generieren dürfte zudem auch ein weiterer, gefährlicher Leistungsverzicht bei Personen mit niedrigem Einkommen und hoher Wahlfranchise. Aufgrund all dieser Auswirkungen entkräftet sich auch unter dem Strich die Aussicht auf eine kostendämmende Wirkung der vorgeschlagenen Massnahme.

Zu guter Letzt teilt der SGB die Befürchtung der Kommissionsminderheit, dass durch diese Gesetzesänderung insbesondere chronisch und mehrfach Kranke benachteiligt würden.

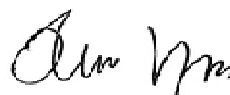
Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHER GEWERKSCHAFTSBUND



Paul Rechsteiner
Präsident



Reto Wyss
Zentralsekretär

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 18. Dezember 2017 sgv-Gf/st

Vernehmlassungsantwort
15.468 Parlamentarische Initiative. Stärkung der Selbstverantwortung im KVG

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit dem Schreiben vom 18. September 2017 hat uns der damalige Kommissionspräsident Nationalrat Ignazio Cassis eingeladen, zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative 15.468 (Stärkung der Selbstverantwortung im KVG) Stellung zu nehmen. Für die uns eingeräumte Gelegenheit zur Meinungs- äusserung und für die Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir Ihnen bestens.

Der Schweizerische Gewerbeverband sgv, die Nummer 1 der Schweizer KMU-Wirtschaft, vertritt 250 Verbände und gegen 500'000 Unternehmen. 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.

Seitens des Schweizerischen Gewerbeverbandes sgv unterstützen wir die Umsetzung der parlamentari- schen Initiative 15.468. Bereits im Rahmen des Ende 2015 durchgeführten Vernehmlassungsverfahrens zu den vom Departement Berset beantragten Einschränkungen bei den Wahlfranchisen hat sich der sgv im Sinne eines Gegenvorschlags für längere Vertragsdauern bei den besonderen Versicherungsformen ausgesprochen. Aus unserer Sicht kann die Möglichkeit eines jährlichen Wechsels bei diesen Versiche- rungsformen von den Versicherten gezielt ausgenutzt werden, um sich zu Lasten der übrigen Versiche- ren zu optimieren. Zeichnet sich ein nicht dringender operativer Eingriff ab, der sich auf das Folgejahr verschieben lässt, hat der Versicherte gemäss heutigem Recht die Möglichkeit, relativ kurzfristig auf das Folgejahr hin die Wahlfranchise zu senken oder sich von Modellen mit eingeschränkter Wahl zu verab- schieden. Bereits im Jahr darauf kann wieder die Maximalfranchise gewählt oder zu Versicherungs- modellen mit eingeschränkter Wahl gewechselt werden. Auch wenn solche "Missbräuche" in der Praxis e- her selten vorkommen, sind sie doch störend. Wir würden es daher begrüssen, wenn das System so "stabilisiert" würde, dass eine einmal gewählte Wahlfranchise oder ein Versicherungsmodell mit einge- schränkter Wahl während einer bestimmten Mindestdauer von vorzugsweise drei Jahren beibehalten werden muss.

Seitens des sgv treten wir nach wie vor für ein liberales Krankenversicherungssystem ein, das einen möglichst uneingeschränkten Wettbewerb zulässt. Die Vertragsdauern bei den ordentlichen Versiche- rungsmodellen sind daher unverändert beizubehalten. Dort wo aber jemand mittels besonderer Versi- cherungsmodelle einen Preisvorteil erlangen will, sind aus Sicht des sgv längere Versicherungsdauern zwecks Vermeidung von "Missbräuchen" durchaus angebracht.

Für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Gewerbeverband sgV



Hans-Ulrich Bigler
Direktor, Nationalrat



Kurt Gfeller
Vizedirektor



Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

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

Bern, 6. November 2017

15.468 Pa.lv. «Stärkung der Selbstverantwortung im KVG»

Sehr geehrter Herr Vizepräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung, an der Vernehmlassung zum oben genannten Geschäft teilzunehmen.

Wir bedauern, Ihnen mitteilen zu müssen, dass wir trotz der unbestrittenen Bedeutung der Vorlage aus Kapazitätsgründen auf eine Eingabe verzichten müssen.

Besten Dank für Ihr Verständnis.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Städteverband
Direktorin

Renate Amstutz

Office fédéral de la santé publique
Monbijoustrasse 91
3003 Berne

Par email à : Aufsicht.krankenversicherung@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Lausanne, le 7 décembre 2017

15.468 Initiative parlementaire. LAMal. Renforcer la responsabilité individuelle.

Madame, Monsieur

La Fédération romande des consommateurs (ci-après : la FRC) vous remercie de l'avoir associée à la consultation susmentionnée et vous prie de trouver ses commentaires ci-dessous.

La FRC s'oppose fermement à la modification de la LAMal proposée par l'initiative 15.468. L'obligation de conserver trois années successives une franchise élevée représenterait un risque financier et sanitaire considérable pour les assurés et patients. Nous sommes convaincus que ce ne sont pas les brimades financières qui permettront d'instaurer un usage plus raisonnable, conscient et raisonné des prestations de soins, mais bien davantage une offre de modèles alternatifs fiables digne de confiance. Malheureusement, les produits actuellement proposés sont trop souvent truffés de conditions pièges, incomparables entre eux et il faudrait d'urgence définir à échelle nationale ce qu'est un modèle médecin de famille, un modèle téléphonique etc., de réglementer ces produits alternatifs.

Etre bloqué trois années durant dans une franchise à option non adaptée à sa capacité financière menacerait de précarité les personnes à qui serait diagnostiquée dans l'intervalle une maladie chronique ou tout autre problème de santé occasionnant des frais hors budget. Ce blocage accentuerait également le nombre de personnes qui renoncent à se faire soigner faute de moyens, une réalité notamment attestée par l'Office fédéral de la statistique :

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43064.430110.html>

et par deux études récentes menées à Genève et à la Polyclinique médicale de Lausanne :
<http://www.reiso.org/spip.php?breve2202>

Certes, il existe des subsides pour les personnes aux revenus les plus modestes, mais ils n'interviennent que sur la prime et non sur la franchise. Rappelons qu'une personne qui choisit une franchise de 2500 fr. et qui tombe malade à cheval sur deux années, doit avoir les moyens de payer elle-même 2 fois la franchise, ainsi que 2 fois la quote-part maximale de 700 fr., soit être en mesure de débloquer 6400 fr. à courte échéance. Avec une franchise fixe sur trois années, l'épargne disponible doit être de l'ordre de 10'000 fr. pour une personne seule, mais bien davantage pour une famille. Or, nous observons que souvent des personnes et familles à revenus modestes ou moyens et avec peu d'épargne choisissent ces hautes franchises, faute de pouvoir payer les primes correspondants à une franchise plus basse. En cas de problème de santé, il y a donc un sérieux risque de surendettement pour ces personnes et familles.

Par ailleurs «Dettes conseils Suisse», qui regroupe 38 services de désendettement à but non lucratif soutenus par les cantons et communes de Suisse, relève que trois ménages sur cinq qui les consultent ont des dettes d'assurance-maladie et un sur trois des dettes auprès de prestataires de soins.

Enfin, faut-il s'étonner que cette proposition émane initialement de parlementaire proches des compagnies d'assurances, compagnies qui sont nombreuses à offrir en LCA des couvertures prévoyant le versement d'un capital en cas d'hospitalisation et dont l'assuré est libre de faire l'usage qu'il entend? Des franchises bloquées sur trois ans seraient un excellent argument de vente pour ces couvertures. Légèrement, l'art. 64,

al. 8 de la LAMal dit que la participation aux coûts ne peut être assurées ni par une caisse-maladie, ni par une institution d'assurance privée, mais il n'en demeure pas moins que ces produits existent. Par conséquent, l'assuré que cette modification de la loi entend responsabiliser pourra, pour autant que ses moyens financiers et son état de santé le permettent, contracter une telle assurance complémentaire.

Nous vous remercions de l'attention et de la suite que vous porterez à notre prise de position et vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures.

Fédération romande des consommateurs



Sophie Michaud Gigon
Secrétaire générale



Joy Demeulemeester
Responsable Politique de santé

VIA E-MAIL

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
CH-3003 Bern

Bern, 25.10.2017

15.468 Parlamentarische Initiative. Stärkung der Selbstverantwortung im KVG

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen herzlich für die Gelegenheit zur Stellungnahme in rubrizierter Angelegenheit und nehmen diese gerne fristgemäss wie folgt wahr:

Als liberale Organisation und Vertreterin von mündigen Konsumenten lehnen wir die geplante Regulierung klar ab.

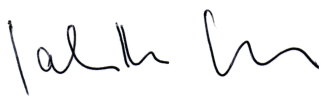
Durch das Einführen der obligatorischen Mehrjahresverträge werden weniger Versicherte eine hohe Wahlfranchise abschliessen. Dabei ist nachweislich bekannt, dass Personen die eine solche wählen, weniger Kosten in der obligatorischen Grundversicherung verursachen. Wenn sich jedoch Konsumenten über drei Jahre verpflichten müssen, ist es absolut nachvollziehbar, wenn sie sich aufgrund des höheren Risikos diesen Umstand mehrmals überlegen und im Zweifelsfall eine tiefere Prämie wählen. Die durch die Reform eingesparten 5 Millionen CHF werden dadurch ohne weiteres wieder aufgebraucht. Im Gegenteil, wir erwarten einen weiteren Kostenanstieg, da eine grosse Anzahl von Konsumenten in tieferen Franchisestufen wechseln werden. So muss also die Gesamtheit der Versicherten mehr bezahlen, um das praktisch nicht existierende Problem strategischer Franchisewechsler. Dieser Umstand ist in einer Situation von ohnehin schon jährlich steigenden Kosten und Prämien von vier bis fünf Prozent unverantwortlich.

Des Weiteren erwarten wir einen höheren Bürokratieaufwand, müssen doch die Versicherer bei jedem Krankenversichererwechsel überprüfen, wie lange die Vertragsdauer bei einer Wahlfranchise noch andauert. Dieser Prüfungsaufwand verursacht wiederum Kosten, die alle Konsumenten tragen müssen und keinen erkennbaren Nutzen stiften. Und als letzter und nicht unwesentlicher Punkt sei erwähnt, dass das geplante Opting-In, dass also alle Versicherten mit Wahlfranchisen bei Inkrafttreten der neuen gesetzlichen Regelung ihren Vertrag neu unterschreiben bzw. ihre Franchisewahl bestätigen müssen, ebenfalls Kosten verursacht: Die Versicherer haben mit einem erhöhten administrativen Aufwand zu rechnen und die Versicherten werden versucht sein, in eine tiefere Wahlfranchise zu gehen.

Wir freuen uns, wenn Sie sich unserer Argumentation anschliessen und unseren Beitrag in Ihre Arbeiten einbeziehen können.

Freundliche Grüsse

Konsumentenforum kf



Babette Sigg Frank
Präsidentin

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
CH-3003 Bern

Bern, 18. Dezember 2017

Vernehmlassung zur parlamentarischen Initiative 15.468 „Stärkung der Selbstverantwortung im KVG“

Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben uns in Ihrem Schreiben vom 18. September 2017 eingeladen, zu oben genannter parlamentarischer Initiative Stellung zu nehmen. Wir bedanken uns dafür und äussern uns wie folgt:

Die Stiftung für Konsumentenschutz spricht sich vehement gegen die geplante Umsetzung der genannten parlamentarischen Initiative aus. Die in deren Begründung vorgebrachte Behauptung, dass eine Vertragsdauer von drei Jahren „aus Konsumentenschutzgründen“ als geeignet erscheine, entbehrt jeglicher Grundlage. Anstatt vorhandene Probleme zu lösen, würde die vorgeschlagene Anpassung neue Probleme schaffen und höhere Kosten verursachen.

Opportunistische Franchisen-Wechsel kommen nur extrem selten vor

Die vorliegende parlamentarische Initiative hat zum Ziel, opportunistische Anpassungen der Franchise, beispielsweise im Zusammenhang mit planbaren Eingriffen einzudämmen. Gemäss dem [Bericht des Bundesrates „Kostenbeteiligung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung“ in Erfüllung des Postulats Schmid-Federer \(13.3250\)](#) kommen solche Wechsel nur äusserst selten vor. Nur gerade 0.17% der Versicherten führen solche opportunistische Wechsel tatsächlich durch. Unter der unrealistischen Annahme, dass bei einem Systemwechsel alle Versicherten ihre Franchise beibehalten würden, könnten mit der geplanten Anpassung maximal 5 Mio. Franken pro Jahr eingespart werden – angesichts der Gesamtkosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ein verschwindend kleiner Betrag. Da jedoch bei einem Systemwechsel mit zahlreichen Wechseln zur Standardfranchise zu rechnen ist, wären gemäss dem Krankenversicherungsverband curafutura sogar höhere Kosten zu Lasten der Prämienzahler zu erwarten. Die geplante Anpassung des Franchisen-Systems zielt also auf ein vernachlässigbares Scheinproblem ab und verursacht dabei mehr Schaden als Nutzen.

Dreijährige Franchisebindung fördert indirekt finanzielle und gesundheitliche Probleme und Verschuldung der Bevölkerung

Der kurz- und langfristige Gesundheitszustand und damit die Gesundheitskosten einer Person können sich ohne Vorwarnung stark verändern, beispielsweise durch eine neue, chronisch verlaufende Erkrankung. Wenn eine zuvor gesunde Person mit einer hohen Franchise schwer erkrankt und trotzdem die Franchise während bis zu drei Jahren nicht anpassen kann, muss diese jährlich bis zu 2500 Fr. Franchise plus 700 Fr. Selbstbehalt aus der eigenen Tasche finanzieren. Über drei Jahre können so Kosten von bis zu 9600 Fr. entstehen, was Personen und insbesondere Familien mit knappem Budget erheblich belasten würde.

Dies kann dazu führen, dass Betroffene aus finanziellen Gründen auf nötige medizinische Leistungen verzichten, was weitere Gesundheitsschäden und noch höhere Kosten nach sich ziehen kann. Zusätzlich können solche Kosten Betroffene in die Verschuldung treiben. Damit würden Menschen, welche erkranken, ohne Grund gleich mehrfach bestraft.

Dreijährige Franchisebindung macht besondere Versicherungsformen unattraktiv und führt zu höheren Gesamtkosten

Die genannten Risiken führen dazu, dass besondere Versicherungsformen bei einem Systemwechsel deutlich an Attraktivität verlieren würden. Eine [Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit \(BAG\)](#) zeigt bei den Versicherten nur eine geringe Akzeptanz einer dreijährigen Franchisebindung. Zusammen mit den Risiken einer dreijährigen Verpflichtung würde dies dazu führen, dass deutlich weniger Versicherte eine besondere Versicherungsform mit höherer Franchise wählen. Insbesondere Personen, welche Leistungen beziehen mussten, deren Kosten aber tiefer liegen als der entsprechende Prämienrabatt, würden wohl zur Standardfranchise wechseln. Dadurch würden deren bisherige Einsparungen zunichte gemacht und für das Gesamtsystem sogar höhere Kosten als zuvor entstehen.

Fazit

Von einer Stärkung der Selbstverantwortung durch eine dreijährige Franchisebindung kann also keine Rede sein. Vielmehr würden dadurch Versicherte, welche ihre Verantwortung wahrnehmen und mit einer besonderen Versicherungsform Kosten sparen wollen, grundlos bestraft und in ihrer Wahlfreiheit eingeschränkt. Die vorgeschlagene Änderung würde somit sowohl betroffenen Einzelpersonen als auch dem Gesamtsystem der sozialen Krankenversicherung Schaden zufügen.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Sara Stalder, Geschäftsleiterin

Ivo Meli, Leiter Gesundheit

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

Luzern, 15. November 2017

15.468 Parlamentarische Initiative. Vernehmlassungsverfahren.

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Ombudsstelle spricht sich aus den folgenden Gründen für ein **Nichteintreten** auf die Anpassung der Art. 62 und 64 KVG sowie die dazugehörenden Übergangsbestimmungen aus:

1. Das heutige System der OKP ist schon sehr komplex (Telmed, Hausarzt, HMO, Bonus, ordentliche und wählbare Franchisen).

In unserer Beratungspraxis beobachten wir, dass viele Versicherten nicht in der Lage sind, das Ganze zu durchschauen. Die Folge sind unbewusste „Spielregelverletzungen“, die von den Kassen sanktioniert werden, oftmals durch die Verweigerung der Leistungen.

Die Verlängerung der Mindestdauer der wählbaren Franchisen würde das System noch komplizierter machen.

2. Mit der zeitlichen Verlängerung der Verpflichtung auf eine höhere Franchise können zwar Versicherte zu den tieferen Franchisen gelenkt werden. Dies führt zu einem höheren Prämienbeitrag.

Andererseits wird dann die Obergrenze der Kostenbeteiligung bei diesen Versicherten schneller erreicht und so der Anreiz gefördert, Versicherungsleistungen zu beziehen, weil ja die erreichte Franchise wegfällt. Dies führt zu einer Leistungsausweitung.

3. In unserer Beratungspraxis stellen wir fest, dass viele Makler und Versicherungsvermittler nicht nur schlecht beraten, sondern vielfach sogar täuschen. Da die Versicherten ein Formular unterzeichnen, in dem sie bestätigen, über alle Bedingungen ausreichend informiert worden zu sein, ist der Beweis der Täuschung unmöglich.

Es muss davon ausgegangen werden, dass viele Makler bewusst verschweigen würden, dass sich die Versicherten mit wählbaren Franchisen neu auf drei Jahre verpflichten.

Es soll aber nicht ein Anreiz geschaffen werden, die Täuschung – wie heute bereits bei den Zusatzversicherungen – auch in der OKP zu fördern.

4. Der administrative Aufwand beim Versichererwechsel wird gesteigert, muss doch der neue Versicherer nach dem Abschicken der Nachversicherungsbestätigung vom bisherigen Versicherer noch über die Dauer und die Höhe der Franchise informiert werden.

Schon heute machen wir zudem die Erfahrung, dass es bei den Versichererwechseln doch häufig zu Pannen und Verzögerungen kommt.

5. Zur Anpassung von Art. 64 Abs. 2 Bst. a KVG möchten wir anfügen, dass aus Gründen des Sprachverständnisses (gerade auch für Fremdsprachliche) die folgende Formulierung sinnvoller wäre: a. einem festen Jahresbetrag. Sinnvollerweise kann aber auch die bisherige Formulierung bleiben.

Zum Minderheitsantrag zu Art. 62 Abs. 2^{quater} KVG muss darauf hingewiesen werden, dass die Formulierung in der Praxis regelmässig zur Diskussion führen wird, ob eine diagnostizierte Krankheit „schwer“ oder „chronisch“ ist oder nicht. Beide Begriffe wären bundesrechtlich näher zu definieren.

Mit freundlichen Grüßen

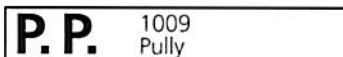
Ombudsstelle Krankenversicherung



Thomas Schmutz, Fürsprecher
Stellvertreter der Ombudsfrau

Av. C.-F. Ramuz 70
Case postale 532
1009 Pully
www.assura.ch

Département : Service juridique
Traité par : H. Wetzel, avocate, directrice
Tél. : 021/544'37'38



E-mail
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch
Office fédéral de la santé publique



Pully, le 18 décembre 2017

15.468 Initiative parlementaire renforcer la responsabilité individuelle - ouverture de la procédure de consultation

Madame Marcuard,
Monsieur Schläpfer,

Nous vous remercions d'avance de l'attention que vous portez à la lecture de la présente prise de position.

Bien que ce projet se fonde sur une idée louable, à savoir endiguer la hausse des coûts en prenant des mesures pour éviter des changements de modèles opportunistes (selon son état de santé), Assura-Basis SA ne saurait le soutenir.

En effet, il nous manque tout d'abord la démonstration qu'un nombre important d'assurés fait preuve de comportements que l'on qualifie d'opportunistes. Nous n'avons pas pu observer, dans notre propre portefeuille, un tel comportement opportuniste en masse. Ce « non-constat » est par ailleurs corroboré par les observations contenues dans le rapport qui accompagne le projet. En effet, à la lecture du point 4.1.2 à la page 15, nous constatons que seuls 0,17% des assurés abaissent temporairement leur franchise. Or, à notre sens, il est primordial d'éviter l'établissement de lois qui s'appliquent à tous pour éviter des comportements incorrects d'une petite minorité.

Qui plus est, l'épargne projetée n'est pas suffisamment élevée au vu des problèmes opérationnels suivants :

- La mise en place du système sera très compliqué. Dans l'année de mise en vigueur, de nombreuses personnes seront insatisfaites. En effet, elles ne répondront pas au courrier de leur Caisse-maladie et seront donc automatiquement affectées à un contrat avec une franchise de CHF 300.-. Leurs primes seront par conséquent élevées, potentiellement même trop élevées par rapport à leur budget et donc leur capacité financière. En tout état de cause, **si le projet devait, contre toute attente, être accepté, il conviendrait de modifier les dispositions transitoires pour trouver un système de mise en place plus souple.** Les assurés qui sont déjà au bénéfice d'une franchise à option et qui n'ont ni changé de Caisse, ni changé de franchise doivent
 - soit, en cas de silence, pouvoir rester dans leur catégorie pour 3 ans ;

- soit disposer d'un temps supplémentaire pour choisir une franchise à option pour 3 ans. A titre exceptionnel on pourrait par exemple imaginer que le droit d'opter est, uniquement pour ces assurés¹, prolongé jusqu'à fin février de l'année suivante avec une entrée rétroactive au 1^{er} janvier de l'année concernée. Ainsi, les assurés auront le temps de réagir après la réception du 1^{er} décompte de primes.

La voix d'Assura-Basis SA devrait, à ce sujet, être entendue de manière prépondérante puisqu'elle est la Caisse-maladie avec, proportionnellement, le plus grand nombre d'assurés au bénéfice de franchises à option.

- Une fois le système implémenté, en cas de changement de caisse, le devoir d'information entre les caisses deviendra plus important et complexe à gérer qu'aujourd'hui.

Finalement, en cas de modification de la situation économique d'un assuré ayant opté pour une haute franchise pendant 3 ans, ce dernier risque de se retrouver dans une situation délicate. La solution proposée par la minorité pour parer à cette problématique, soit *l'exemption de l'obligation de 3 ans en cas de survenance d'une maladie grave ou chronique* ne doit en aucun cas être retenue. En effet, cette proposition viderait tout d'abord le projet de son sens. Qui plus est, les affiliations à une Caisse-maladie ainsi que les changements de contrats auprès de la même Caisse se font dans le cadre de traitements de masse en fin et début d'année civile. Si la proposition de la minorité était acceptée, il serait nécessaire de demander à l'assuré de prouver son allégation (concernant la maladie grave ou chronique). On mêlerait donc à un processus faisant l'objet d'un traitement de masse des données médicales. Cela démultiplierait les problématiques opérationnelles et de protection des données. Cette proposition ne doit donc en aucun cas être retenue.

Pour tous ces motifs, nous sommes d'avis qu'il convient de renoncer à implémenter le mécanisme proposé.

Nous vous prions d'agréer, Madame Marcuard, Monsieur Schläpfer, l'expression de nos sentiments distingués.

Assura-Basis SA



Vincent Hort
Secrétaire général



Hélène Wetzler, av.
Directrice du Service juridique

¹ Assurés au bénéfice d'un contrat avec une franchise à option, n'ayant pas changé de caisse maladie, ni de franchise, n'ayant pas répondu à leur Caisse maladie et étant automatiquement attribué à un contrat avec une franchise à CHF 300.-

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrats
3003 Bern

per E-Mail an: aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch und dm@bag.admin.ch

Bern, 22. November 2017

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Wahlfranchisen: Mindestdauer von drei Kalenderjahren

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 18. September 2017 laden Sie uns ein, an der Vernehmlassung zur erwähnten KVG-Änderung teilzunehmen, wofür wir uns bedanken. Die KVG-Änderung stützt sich auf die parlamentarische Initiative 15.468 (Stärkung der Selbstverantwortung im KVG) ab und sieht einen Wechsel der Mindestdauer bei Wahlfranchisen von heute einem auf künftig drei Kalenderjahren vor. Gerne nehmen wir dazu wie folgt Stellung.

Position curafutura

curafutura lehnt die unterbreitete Gesetzesänderung entschieden ab. Die dreijährige Bindung bei Versicherungen mit Wahlfranchisen führt nicht – wie der Titel der parlamentarischen Initiative es verspricht – zu einer Stärkung, sondern zu einer deutlichen Schwächung der Selbstverantwortung im KVG.

Die für die Ausarbeitung zuständige Kommission erkennt dabei die dynamische Dimension der Vorlage, nämlich die Tatsache, dass sich Individuen im Versicherungsmarkt risikoscheu verhalten. Sie bevorzugen eher eine tiefe als eine über mehrere Jahre fixierte hohe Franchise. Die vorliegende Gesetzesänderung würde folglich eine Marktbewegung hin zu tieferen Franchisen auslösen. Dadurch sinkt die Selbstverantwortung im Gesamtsystem, was die Gesundheitskosten noch stärker ansteigen lässt, als dies heute schon der Fall ist.

curafutura setzt sich für Massnahmen ein, die die Selbstverantwortung der Versicherten stärkt. Die aktuelle Vorlage fusst hingegen auf ein Scheinproblem und stellt eine unberechtigte Straffaktion gegen alle Versicherten mit Wahlfranchisen dar. Dieses Vorhaben ist kontraproduktiv und kommt den Prämienzahlenden teuer zu stehen.

Begründung

Übertriebener Aktivismus für ein Scheinproblem

Die zuständige Kommission begründet ihr Anliegen mit dem Phänomen des «opportunistischen» Wechsels der Franchise. Durch die dreijährige Bindung soll vermieden werden, dass die Franchise aufgrund von planbaren medizinischen Eingriffen kurzfristig gesenkt und dann im Folgejahr wieder erhöht werden kann. Wie der Bericht des Bundesrates vom 28. Juni 2017¹ aufzeigt, ist das Vorkommen solcher Wechsel jedoch nur eine seltene Randerscheinung. Die Kommission selbst zitiert im erläuternden Bericht diesen Befund und hält fest, dass nur gerade 0,17% aller Versicherten eine vorübergehende Senkung der Franchise vollziehen. Die Unterbindung opportunistischer Wechsel mittels mehrjährigen Vertragsbindungen basiert folglich auf einem Scheinproblem, das keine Bedeutung für das Gesamtsystem hat.

Die finanziellen Einsparungen für die Versicherer, welche die Kommission durch das BAG hat berechnen lassen, belaufen sich dementsprechend auf verhältnismässig tiefe fünf Millionen Franken pro Jahr. Dabei handelt es sich erst noch um eine maximal mögliche Einsparung, die ausschliesslich unter statischen Voraussetzungen zu erzielen wäre (wenn alle Versicherten die aktuellen Franchisen beibehalten würden). Viel realistischer ist jedoch die Annahme, dass Versicherte mit hohen Franchisen aufgrund des erhöhten Risikos (Bindung über drei Jahre) zu tieferen Franchisen wechseln werden. Schon eine kleine Marktbewegung in diese Richtung würde die so berechnete Einsparung aufheben und ins Gegenteil umkehren.

Vorgeschlagene Massnahme führt zu höheren Gesundheitskosten

Verschiedene internationale und nationale Studien kommen zum Schluss, dass eine Direktbeteiligung der Versicherten (Franchise, Selbstbehalt) zu Einsparungen bei den Gesundheitskosten führt. Gemäss einer dieser Studien werden von Versicherten mit Wahlfranchisen jährlich in der Schweiz rund 1,1 Milliarden Franken eingespart.² Diese Einsparung kommt allen Versicherten zu Gute. Sie bleibt jedoch nur erhalten, wenn weiterhin so viele Versicherte eine hohe Franchise wählen.

Genau in diesem Punkt verkennt die Kommission die dynamische Dimension, welche die Vorlage mit sich bringt. In der Verhaltensökonomie ist hinlänglich bekannt, dass Individuen in Versicherungsmärkten zur Risikoaversion neigen. Sie gewichten mögliche Verluste höher als mögliche Gewinne. Das manifestiert sich exemplarisch auch im Krankenversicherungsmarkt: Einerseits wählen nicht so viele Versicherte eine hohe Franchise, wie dies rational sinnvoll wäre. Andererseits sind hohe Franchisen über eine fixe Dauer von drei Jahren nicht gefragt.³

Aus diesen Erkenntnissen ist zu schliessen, dass die Aufbürdung der dreijährigen Vertragsdauer eine Bewegung hin zu tieferen Franchisen auslösen wird. Dabei werden primär Versicherte ihre Franchise nach unten anpassen, die in der Vergangenheit jeweils Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen mussten, deren Kosten aber noch unterhalb des Prämienrabatts liegen. Genau bei diesen Versicherten hat die Massnahme verheerende Folgen, denn nur hier kann die Kostenbeteiligung ihre kostendämpfende Wirkung entfalten (bei Versicherten ohne Gesundheitskosten sind keine Ersparnisse möglich). Die mit der Massnahme erhofften Einsparungen von fünf Millionen Franken würden sich folglich in Mehrkosten ver-

¹ Bericht des Bundesrats «Kostenbeteiligung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» in Erfüllung des Postulats Schmid-Federer (13.3250).

² Schmid Christian & Konstantin Beck (2015). Wirken hohe Franchisen kostendämpfend? Schweizerische Ärztezeitung 96(35): 1238-1239.

³ Ecoplan (2017). Franchisebindung – Eine empirische Untersuchung zur Akzeptanz bei den OKP-Versicherten, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: Ecoplan.

wandeln, die von allen Versicherten mitgetragen werden müssten. Letztendlich wird damit nicht eine Stärkung – wie der Titel der parlamentarischen Initiative es vermuten lässt – sondern eine massive Schwächung der Selbstverantwortung im KVG erreicht.

Fazit

Der Zwang zur mehrjährigen Bindung von Versicherten mit Wahlfranchisen würde eine Marktbewegung zu tieferen Franchisen verursachen. Insgesamt betrachtet sinkt dadurch die Selbstverantwortung im Gesamtsystem, womit auch die Gesundheitskosten ansteigen würden. Die vorgesehene KVG-Änderung ist gegenüber den Prämienzahlenden nicht zu verantworten und deshalb abzulehnen.

Für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse
curafutura



Saskia Schenker
Stv. Direktorin
Leiterin Gesundheitspolitik



Luca Petrini
Projektleiter Gesundheitspolitik

Envoi par courriel
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch
Commission de la sécurité sociale et
de la santé publique
3003 Berne

Martigny, le 13 décembre 2017

15.468 Initiative parlementaire. LAMal. Renforcer la responsabilité individuelle - procédure de consultation

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

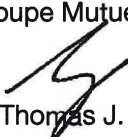
Votre lettre du 18 septembre 2017 a retenu toute notre attention et nous avons l'honneur de vous faire parvenir notre prise de position concernant le projet mis en consultation.

Le présent projet a pour objectif d'encourager les assurés à assumer leur responsabilité individuelle en instaurant un contrat d'assurance-maladie avec franchise à option d'une durée de trois ans. S'ils gardent néanmoins la possibilité de changer d'assureur chaque année, ils doivent en revanche conserver la franchise choisie pendant le délai imparti.

Le Groupe Mutuel est favorable au projet mis en consultation qui permet de renforcer la solidarité entre assurés, en limitant les comportements opportunistes. Il favorise dès lors l'auto-responsabilité de chacun, tout en laissant une liberté de choix de l'assureur à l'assuré, garantissant ainsi la concurrence entre assureurs.

Nous vous remercions d'avoir pu nous exprimer dans le cadre de cette consultation et, tout en vous souhaitant bonne réception de la présente, vous prions d'agréer, Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, nos salutations respectueuses.

Groupe Mutuel


Dr Thomas J. Grichting
Directeur


Geneviève Aguirre-Jan
Experte senior



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri

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

Per Mail an

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

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

Für Rückfragen:
Daniel Habegger
Direktwahl: +41 31 326 6361
Daniel.Habegger@santesuisse.ch

Solothurn, 13. Dezember 2017

15.468 Parlamentarische Initiative: Änderung des KVG; Stärkung der Selbstverantwortung; Mindestdauer Wahlfranchise; Stellungnahme santésuisse

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit zum Vorschlag der Einführung einer Mindestdauer für Wahlfranchisen Stellung nehmen zu können.

Ursprünglich ging die pa. Iv. Borer davon aus, dass besonderen Versicherungsformen ausschliesslich die dreijährige Vertragsdauer zur Anwendung kommen sollte. Dies mit dem Ziel, die Selbstverantwortung der Versicherten zu stärken und opportunistischen Wechseln von Franchisenhöhe und Modelltyp je nach Gesundheitszustand oder vor geplanten medizinischen Eingriffen vorzubeugen. Ausserdem sollten bei den Versicherern die Anreize verbessert werden, um sich im Versorgungsmanagement noch weitergehend zu engagieren.

Um eine grösstmögliche Praktikabilität zu erhalten und um die freie Wahl des Krankenversicherers weiterhin zu gewährleisten, hat die zuständige Kommission letztlich nur an der dreijährigen Verpflichtung für eine Wahlfranchise festgehalten.

santésuisse steht dem geplanten Eingriff ins jetzige System grundsätzlich positiv gegenüber. Demnach sollen Versicherte, die eine Versicherung in einer besonderen Versicherungsform mit wählbarer Franchise abschliessen, die gewählte Franchise während drei Kalenderjahren behalten müssen.

Gänzlich nicht einverstanden ist santésuisse mit der Lösung von Ziff. II Übergangsbestimmung Abs. 2. Es wird vorgeschlagen, dass sämtliche Versicherte, die nicht schriftlich auf das dem Inkrafttreten der Änderung folgende Kalenderjahr eine Versicherung in einer besonderen Versicherungsform nach Art. 62 Abs. 2 lit. a KVG abgeschlossen haben, mit der ordentlichen Franchise versichert werden. Das heisst, diesen Erwachsenen würde per 1. Januar 20xy automatisch die ordentliche Franchise von CHF 300.- zugeteilt und für Kindern würde keine erhoben (CHF 0.-). Begründet wird diese Abkehr von der bisherigen langjährigen KVG-Praxis mit dem Argument, wonach Versicherten, welche es trotz Aufforderung durch den Krankenversicherer versäumen, eine schriftliche Erklärung zu ihrem Franchisemodell abzugeben, eher zugemutet

werden kann, mit einer ungewollten Franchise für ein Jahr versichert zu werden, als für drei Jahre ungefragt das Risiko einer dauernden Wahlfranchise tragen zu müssen.

Dieser Argumentation kann in keiner Art und Weise gefolgt werden, denn mit einer Umteilung in die ordentliche Franchise fallen automatisch und im schlimmsten Fall massiv höhere Prämien an als ein Versicherungsnehmer individuell unter Umständen bezahlen kann.

Wie bereits erwähnt, stellt vorliegende Gesetzesänderung eine Abkehr von der bisherigen Praxis dar. Aus Rechtssicherheitsgründen und aufgrund des Grundsatzes von Treu und Glauben im Geschäftsverkehr **ist es deshalb zwingend angebracht, diejenigen Versicherten, welche sich nicht innert Frist zur Franchisewahl melden, weiterhin – aber mit neu dreijähriger Bindung - in der bisherig gewählten Franchisestufe zu belassen.**

Diese Versicherten sollen jedoch übergangsrechtlich die Möglichkeit erhalten, innert einer Frist von 6 Monaten bei ihrem Versicherer die für sie optimale Franchisestufe mit dreijähriger Bindung rückwirkend auf das Inkrafttreten der Gesetzesänderung verlangen zu können. In diesem Sinne ist Abs. 2 neu zu formulieren. Insoweit können die Bedenken des Bundesamtes für Gesundheit aufgenommen werden und die Versicherten vor zu hohen Risiken geschützt werden. Auf diese Weise ist sichergestellt, dass Personen, welche die Neuerung nicht verstanden oder mitbekommen haben, noch während einer gewissen Zeit korrigierend eingreifen können.

Im Sinne der Mehrheitsanträge stimmt santésuisse somit dem Vorschlag der SGK-NR im Grundsatz zu, fordert jedoch im Sinne der Kontinuität und Rechtssicherheit eine angepasste bzw. zusätzliche Übergangsbestimmung für Versicherte, welche es versäumen, aufgrund der Gesetzesänderungen eine Wahl vorzunehmen.

Wir bedanken uns für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Anliegen. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse

Direktion



Verena Nold
Direktorin

Rechtsdienst



Isabel Kohler Muster
Leiterin Rechtsdienst santésuisse-Gruppe

ChiroSuisse · Sulgenauweg 38 · CH-3007 Bern

Nationalrat
Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
3003 Bern

Bern, 14. Dezember 2017

**15.468 Parlamentarische Initiative:
Stärkung der Selbstverantwortung im KVG**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident

Sehr geehrte Damen Nationalrätinnen und Herren Nationalräte

Vielen Dank, dass Sie uns zu diesem Vernehmlassungsverfahren eingeladen haben.

Wir haben keine Bemerkungen.

Freundliche Grüsse

ChiroSuisse



Priska Haueter, lic.phil.hist.
Präsidentin

Per E-Mail an:

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

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

Bern, 14. Dezember 2017

**Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassung parl.
Initiative „Stärkung der Selbstverantwortung im KVG“**

Stellungnahme der FMH

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Stellungnahme zum oben genannten Vernehmlassungsverfahren. Gerne nehmen wir zur geplanten KVG-Änderung sowie zum erläuternden Bericht Stellung.

Die FMH hatte in ihrer Stellungnahme zur Anpassung der Franchisen von Oktober 2015 folgende Massnahmen zur Stärkung der Eigenverantwortung vorgeschlagen:

- die Erhöhung der aktuellen Mindestfranchise,
- die Einführung einer zusätzlichen Franchise von 3000 Franken, sowie
- die Prüfung von Mehrjahresverträgen. Bundesrat und Parlament hatten Mehrjahresverträge in der Managed Care Vorlage vorgesehen. Die Vorlage wurde vom Volk aus anderen Gründen verworfen.

Von daher begrüsst die FMH grundsätzlich, dass eine Vorlage für mehrjährige Wahlfranchisen ausgearbeitet wurde. Nach Durchsicht des erläuternden Berichts kommen wir jedoch zum Schluss, dass mit der Vorlage die damit angestrebten Ziele nicht erreicht werden können, da sie weder zu mehr Eigenverantwortung noch zu einer signifikanten Kosteneindämmung führen dürfte.

Die FMH lehnt den Vorschlag der SGK-NR aus folgenden Gründen ab:

Die Versicherten mit Wahlfranchise werden in ihrer Wahlfreiheit beschränkt

Das **Hauptziel** der neuen Regelung ist gemäss erläuterndem Bericht, zu verhindern, dass Versicherte ihre Franchise wegen eines absehbaren Leistungsbezugs senken (Bericht S. 9). Wie die SGK-NR im Bericht gestützt auf Zahlen einer im Jahr 2017 vom BAG bei B, S, S. in Auftrag gegebenen Studie ausführt, ist eine Mehrheit der erwachsenen Bevölkerung in der Schweiz mit Wahlfranchisen versichert. Der Anteil von Franchisewechsel ist mit 0.17 % aller Versicherten (bzw. 0.4% der Versicherten mit Wahlfranchisen) verschwindend klein (Bericht S. 15). Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass praktisch alle Versicherten ihre Wahlfranchise beibehalten. Die Wahlfreiheit dieser Versicherungsnehmer wird durch die Vorlage in unverhältnismässiger Weise eingeschränkt.

Vorlage könnte langfristig zu steigenden Gesundheitskosten führen

Weiter zielt die Vorlage gemäss Bericht der SGK-NR darauf ab, dass sie im besten Fall auch generell einen Einfluss auf das Kostenbewusstsein der Versicherten habe. Wer sich - vereinfacht dargestellt – zweimal überlege, ob er eine medizinische Behandlung in Anspruch nehme, weil er sich über eine längere Zeitdauer für eine höhere Franchise entschieden habe, trage damit letztlich etwas zur Eindämmung der Gesundheitskosten bei (Bericht S. 4).

Wir bezweifeln, dass die geplante KVG-Änderung dazu führt, dass unnötige Untersuchungen vermieden und die Gesundheitskosten signifikant eingedämmt werden können. Gesunde haben kaum Gesundheitskosten, die sie vermeiden können. Hingegen kann die Vorlage für sozial bzw. gesundheitlich schwächere Bevölkerungskreise dazu führen, dass nötige medizinische Behandlungen aus Kostengründen unterbleiben oder zu spät erfolgen. Bereits heute verzichtet ein Teil der Bevölkerung aus Kostengründen auf medizinische Angebote, wie zwei neuere Schweizer Studien aus den Jahren 2014 und 2017 bestätigen. Mehr als 10 %¹ der befragten Patienten in der Westschweiz verzichteten während den zwölf der Befragung vorangehenden Monaten auf medizinische Leistungen und unter den Patienten, die 65-jährig und älter sind, verzichteten in der Schweiz aus Kostengründen im Jahr 2017 13.2 %² auf einen Arztbesuch, Test oder ein Medikament. Im Jahr 2014 waren es 6.3 %. Dieses Verzicht-Verhalten kann unter Umständen langfristig zu einem höheren Behandlungsbedarf, zu steigenden Gesundheitskosten und zu einem Mehrbezug von Sozialhilfe- und Ergänzungsleistungen führen (vgl. auch Bericht S. 15 f.). Diese Risiken könnten nach Ansicht der FMH durch den Minderheitsantrag der SGK-NR, welcher Versicherten, bei denen während der dreijährigen Vertragsdauer eine schwere oder chronische Erkrankung festgestellt wird, einen Franchisenwechsel ermöglichen soll, abgeschwächt werden. Auch die Managed Care Vorlage sah mit der Option eines vorzeitigen Wechsels sowohl des Versicherers wie der Versicherungsform gegen Bezahlung einer vertraglich vereinbarten Austrittsprämie ein Escape Szenario vor.

Schätzung der finanziellen Auswirkungen der Vorlage auf die Versicherten nicht möglich

Die Schweizer Bevölkerung bezahlt bereits einen grossen Teil der Gesundheitskosten aus ihrem eigenen Portemonnaie. Von daher wäre für die Beurteilung des Vorschlages notwendig, schätzungsweise zu wissen, welche finanziellen Auswirkungen der Vorschlag der SGK-NR auf die Versicherten hätte. Das ist laut Bericht der SGK-NR jedoch nicht möglich, da „offen ist, welche Rabatte die Versicherer gewähren und wie die Versicherten sich verhalten (...)“ (Bericht S. 15).

Geschätzte Einsparungen der Versicherer sind bescheiden

Der Bericht der SGK-NR hält fest, das BAG schätze, „dass die Versicherer knapp 5 Mio Franken einsparen könnten. Dies entspricht 75 Rappen je erwachsene versicherte Person und Jahr oder knapp 1.50 Franken je betroffene Person und Jahr.“ Dies unter anderem in der Annahme, dass die Versicherer die gleichen Prämienrabatte wie bisher gewähren.

¹ Bodenmann, P. et al. (2014). « Screening Primary-Care Patients Forgoing Health Care for Economic Reasons », *Plos One* 9 (4). https://serval.unil.ch/notice/serval:BIB_01217329AADE

² Merçay, C. (2017). « Expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé. Analyse de l'International Health Policy Survey 2017 de la fondation Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) », *Obsan Dossier* 60. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-international-health-policy-survey-ihp-des-commonwealth-fund-laendervergleiche/ihp-befragungen-aeltere-wohnbevölkerung.html>

Wir kommen daher wie die Kommissionsminderheit zum Schluss, dass die Vorlage keine Optimierung des Systems darstellt. Sie schränkt die Wahlfreiheit aller Versicherten mit Wahlfranchise ein. Die mehrjährige Bindung an die Wahlfranchisen ohne Ausstiegsmöglichkeit birgt zudem erhebliche Risiken für diejenigen Personen, die in dieser Zeit in gesundheitliche oder finanzielle Schwierigkeiten geraten. Überdies dürften die vom BAG geschätzten Einsparungen gering sein.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Antwort.

Freundliche Grüsse



Dr. med. Jürg Schlup
Präsident



Emanuel Waeber
Stv. Generalsekretär

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

Par e-mail à : [aufsicht-
krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch);
dm@bag.admin.ch

Berne, le 27 novembre 2017

Consultation: mise en œuvre de l'initiative parlementaire 15.468. « LAMal. Renforcer la responsabilité individuelle » - réponse de l'association Médecins de Famille et de l'enfance Suisse (mfe)

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de nous offrir l'opportunité de participer à la consultation relative à la mise en œuvre de l'initiative parlementaire 15.468. « LAMal. Renforcer la responsabilité individuelle ». mfe - Médecins de famille et de l'enfance Suisse représente les intérêts professionnels des médecins de famille et de l'enfance au niveau national.

Appréciation générale

Pour le bien-être de ses patientes et patients, mfe se préoccupe du financement du système de soins en Suisse. Dans ce sens, mfe souhaite qu'une solution assurant un financement pérenne soit trouvée. Or, la proposition de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national complexifie le système actuel et n'apporte aucune amélioration significative. Elle n'augmente pas la qualité de la médecine et ne contribue pas à freiner la progression des coûts.

Il est indéniable que le système de soins fait face à des défis et qu'il ait besoin de se réformer afin de répondre à l'évolution des coûts, au financement des primes, au vieillissement de la population, ainsi qu'aux attentes de la population. Dans ce contexte, il est nécessaire d'entreprendre des réformes innovantes garantissant la qualité des prestations au sein d'un système accessible à tous. La population suisse paye déjà une grande partie des coûts de son propre porte-monnaie, en conséquence une frange de la population ne se rend déjà plus chez le médecin du fait qu'elle n'arrive pas à faire face aux coûts. Deux récentes études suisses attestent de ce phénomène. Plus de 10%¹ de la population renonce à des soins et au sein de la population de plus de 65 ans, la tendance passe même à 13.2% pour l'année 2017 – chiffre qui a d'ailleurs doublé depuis 2014². Cette proposition aurait pour conséquence d'aggraver encore la situation. En outre, d'autres études montrent que ce sont les personnes qui ont un grand besoin de soins, qui renoncent à aller chez le médecin, ce qui cause *in fine* une augmentation des coûts de la santé. En effet, la prise en charge d'une pathologie à un stade plus avancé coûte beaucoup plus cher au système dans son ensemble.

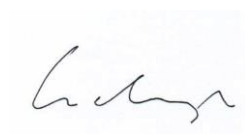
Les réflexions doivent se baser et tenir compte du système de soins dans son intégralité et ne pas se limiter à des propositions isolées, qui ne répondent pas à la problématique dans son ensemble. Dans ce sens, mfe invite la classe politique, la Confédération et les cantons à revoir le système de financement dualiste qui prévaut à ce jour, complexe et source de biais pour aller vers un modèle de financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières, à laquelle les cantons contribueraient à part égale. Aujourd'hui, les cantons prennent en charge environ la moitié du coût d'un traitement prodigué en milieu stationnaire, en revanche un traitement dispensé en milieu ambulatoire est couvert par les primes des assuré-e-s. Bien que les traitements ambulatoires soient généralement moins chers que les traitements en milieu stationnaire, ce financement dualiste provoque des incitatifs erronés, qui ne favorisent les traitements en ambulatoire. La mise en œuvre d'un financement uniforme est donc une solution simple et pertinente.

¹ Bodenmann, P. *et al.* (2014). « Screening Primary-Care Patients Forgoing Health Care for Economic Reasons », *Plos One* 9 (4). URL: https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_01217329AADE.P001/REF.

² Merçay, C. (2017). « Expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé. Analyse de l'International Health Policy Survey 2017 de la fondation Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) », *Obsan Dossier 60*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

mfe rejette donc l'initiative parlementaire 15.468. « LAMal. Renforcer la responsabilité individuelle » et invite les acteurs du système à se tourner vers des solutions pragmatiques, qui permettent de changer le système en profondeur.

Nous vous remercions de votre attention et vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luchsinger', is placed on a light blue rectangular background.

Philippe Luchsinger
Président de l'association Médecins
de famille et de l'enfance Suisse

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
CH-3003 Bern

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

Bern-Liebefeld, 18. Dezember 2017
9902-87 / IB

Stellungnahme pharmaSuisse zu 15.468 Parlamentarische Initiative. Stärkung der Selbstverantwortung im KVG

Sehr geehrte Damen und Herren

Der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse vertritt als gesamtschweizerischer Dachverband die Interessen seiner Mitglieder und der Apothekerschaft. Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, zur obgenannten parlamentarischen Initiative Stellung nehmen zu können.

Generelle Bemerkungen

pharmaSuisse ist seit jeher der Meinung, dass unter den Krankenversicherern ein echter Wettbewerb bestehen soll. Dieser soll sich auf die Qualität der Leistungen im Versicherungsfall beziehen und nicht im Kampf um Versicherte mit guten Risiken bestehen. Aus diesem Grund unterstützen wir Massnahmen, die die Möglichkeit zu Risikoselektionen der Versicherer verhindern.

Die geplante Versicherungsdauer von mindestens 3 Jahren in besonderen Versicherungsmodellen unter Beibehaltung der gewählten Franchise scheint uns in diesem Sinne eine sinnvolle Anpassung. Soll der gewünschte Effekt nicht verloren gehen, so ist aus unserer Sicht der Antrag der Minderheit zu Art. 62 Abs. 2quater abzulehnen.

Freundliche Grüsse

pharmaSuisse



Fabian Vaucher
Präsident



Marcel Mesnil
Generalsekretär

Per E-Mail an:

aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch

dm@bag.admin.ch

Bern, 18. Dezember 2017

PKS Vernehmlassungsantwort zur 15.468 Parlamentarische Initiative. Stärkung der Selbstverantwortung im KVG

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident

Im Namen der Privatkliniken Schweiz (PKS) danken wir Ihnen für die Gelegenheit, in rubrizierter Angelegenheit Stellung nehmen zu können.

Als Vertreterin der 130 Schweizerischen Privatkliniken befürworten wir die unterbreitete Gesetzesänderung.

Die parlamentarische Initiative schlägt eine dreijährige Vertragsdauer von Krankenversicherungen mit Wahlfranchise vor. Die Versicherten können während diesen drei Jahren zwar weiterhin den Versicherer wechseln, nicht aber die gewählte Franchise.

Die Tendenz geht Richtung tiefsten oder höchsten Franchisen, es gilt Wahlfranchisen zu fördern. PKS betrachtet die Vorlage der Kommission als Beitrag zur schrittweisen Dämpfung der Gesundheitskosten, ohne dafür grundlegend in das aktuelle System der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einzugreifen. Die Versicherten bleiben länger in einer Wahlfranchise und können nicht kurzfristig und in einzelnen Fällen gar opportunistisch die Franchise reduzieren. Mit der Verhinderung von Wechsel kann ein Teil der moral hazard-Problematik vermieden oder mindestens reduziert werden. Ob die Problematik allerdings in der Realität die von der Kommission vermutete Bedeutung hat, bleibt umstritten.

PKS fordert weitere Massnahmen zur Stärkung der Selbstverantwortung der Versicherten. Insbesondere müssen endlich die Voraussetzungen für die echte Wahlfreiheit der Versicherten bei der Spitalwahl geschaffen werden: Dazu gehört die Eliminierung der wettbewerbsverzerrenden Privilegien zugunsten öffentlicher Spitäler.

Wir danken Ihnen für Ihre Kenntnisnahme sowie für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme, und grüssen Sie freundlich.

Mit freundlichen Grüssen

Privatkliniken Schweiz



Beat Walti
Präsident



Guido Schommer
Generalsekretär



Schweizerische Belegärzte-Vereinigung
Association Suisse des Médecins indépendants travaillant en Cliniques privées et Hôpitaux
Associazione Svizzera dei Medici operanti in Cliniche private e Ospedali

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR)
Postfach
3003 Bern

Gümligen, 30. Oktober 2017 FDW/pm

**Stellungnahme zur Vernehmlassung der SGK-N zu einer Änderung des KVG
(Minstdauer der Franchise bei besonderen Versicherungsformen)**

Sehr geehrte Frau Campos,
sehr geehrte Damen und Herren Nationalräte,

Die Schweizerische Belegärzte-Vereinigung dankt Ihnen, dass Sie uns Gelegenheit geben,
zur Änderung des KVG (Minstdauer der Franchise bei besonderen Versicherungsformen)
Stellung zu nehmen.

Gerne nutzen wir die Gelegenheit und nehmen wie folgt Stellung:

Die Eigenverantwortung der Patienten sowie das Kostenbewusstsein gilt es zu stärken. Es darf nicht vergessen gehen, dass es sich bei der OKP um eine Sozialversicherung handelt und nicht um eine Vollkaskoversicherung. In diesem Sinn ist es vernünftig, taktische Wechsel auf das Jahresende vorzunehmen und Elektiveingriffe von den besten Versicherungsbedingungen abhängig zu machen.

Die Idee der Minstdauer verdient deshalb unsere Unterstützung. Zu prüfen wäre allenfalls noch, inwieweit ein Franchisewechsel (wobei der Wechsel in eine höhere Franchise immer möglich bleiben sollte) allenfalls an eine Entschädigungszahlung gekoppelt werden kann.

Wir schlagen darüber hinaus vor, dass neben der Wahlfranchise mit fester Laufzeit auch das Modell einer durchschnittlichen Franchise geprüft und gegebenenfalls ermöglicht wird: Wenn die Kosten der bezogenen Leistungen im Durchschnitt unter der Franchise der festen Laufzeit liegen, müssen sie vom Versicherten selbst getragen werden. Bei Kassenwechseln muss die Vergütung pro rata temporis erfolgen. Dies hätte den Vorteil, dass Behandlungen, die auf das Jahresende die vorgenommen werden, weil die Franchise "aufgebraucht" ist, unterbleiben.

Für die Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir bestens.

Mit freundlichen Grüßen

**SCHWEIZERISCHE
BELEGÄRZTE-VEREINIGUNG**

Der Sekretär:

A handwritten signature in green ink, appearing to read 'F. Wanner', is written over the printed name.

Florian Wanner, lic. iur., Rechtsanwalt

Per E-Mail an:

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

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

Bern, 14. Dezember 2017

**Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassung parl. Initiative «Stärkung der Selbstverantwortung im KVG»**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir beziehen uns auf das im Betreff erwähnte Vernehmlassungsverfahren. Gerne nehmen wir zur geplanten KVG-Änderung sowie zum erläuternden Bericht Stellung.

Der VSAO spricht sich *gegen* den Vorentwurf der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-NR) aus. Dieser ist aus sozialpolitischer Sicht unverantwortlich, wie wir nachfolgend darlegen.

Mit ihrem Vorschlag für eine dreijährige Vertragsdauer von Krankenversicherungen mit wählbarer Franchise will die SGK-NR nach eigenem Bekunden die Selbstverantwortung im KVG fördern. Gemäss erläuterndem Bericht ist das Hauptziel der neuen Regelung *«zu verhindern, dass Versicherte ihre Franchise wegen eines absehbaren Leistungsbezugs senken»*. Ein solches Verhalten untergrabe den Solidaritätsgedanken des KVG. *«Die mehrjährige Bindung an die Wahlfranchisen soll dieses Solidaritätsprinzip stärken.»* Aus Sicht der Kommission beeinflusst ihr Vorschlag auch das Kostenbewusstsein der Versicherten positiv: *«Wer sich bei Bagatellfällen – vereinfacht dargestellt – zweimal überlegt, ob er eine medizinische Behandlung in Anspruch nimmt, weil er sich über eine längere Zeitdauer für eine höhere Franchise entschieden hat, trägt damit letztlich etwas zur Eindämmung der Gesundheitskosten bei.»*

Wie der Bericht gestützt auf Zahlen des Bundesamts für Gesundheit (BAG) für das Jahr 2015 ausführt, ist eine Mehrheit der erwachsenen Bevölkerung in der Schweiz mit Wahlfranchisen versichert. Würden nun viele gesunde Versicherte in eine tiefere Franchise wechseln, sei eine leichte Senkung des gesamten Prämienniveaus vorstellbar. Doch: *«Da offen ist, welche Rabatte die Versicherer gewähren und wie die Versicherten sich verhalten, können die finanziellen Auswirkungen auf die Versicherten (...) nicht geschätzt werden.»* Sieht man sich indes die Aussagen zu den finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen an, steht, das BAG schätze, *«dass die Versicherer knapp 5 Mio. Franken einsparen könnten. Dies entspricht 75 Rappen je erwachsene versicherte Person und Jahr oder knapp 1.50 Franken je betroffene Person (erwachsene Versicherte mit Wahlfranchise) und Jahr.»*

Ergo geht es der SGK-NR primär um die Entlastung der Krankenversicherungsbranche. Was das Gremium zudem als Stärkung von Selbstverantwortung und Solidarität deklariert, ist de facto eine Sabotage von Gemeinwohl und gesamtgesellschaftlicher Verantwortung. Auch dies lässt sich im Bericht selber nachlesen: *«Eine finanzielle Auswirkung auf die Kantone könnte sein, dass*

Versicherte wegen höherer Kostenbeteiligung oder höheren Prämien mehr Sozialhilfe oder Ergänzungsleistungen benötigen. Wenn aber viele gesunde Versicherte die ordentliche Franchise wählen, könnten die Prämien der Versicherung mit ordentlicher Franchise sinken.» Wobei man aber erklärermassen genau das nicht im Voraus weiss.

Dass der Kommissionsvorschlag auf eine Entsolidarisierung zielt, belegt noch ein anderer Punkt. Die Kommission hat einen Antrag verworfen, welcher Versicherten, bei denen während der dreijährigen Vertragsdauer eine schwere oder chronische Erkrankung festgestellt wird, einen Franchisewechsel ermöglichen wollte. Ihre Vorlage beschränkt also nicht einfach nur die Wahlfreiheit. Die mehrjährige Bindung an die Wahlfranchisen birgt vielmehr erhebliche Risiken gerade für Personen, die in dieser Zeit in gesundheitliche und / oder finanzielle Schwierigkeiten geraten, z. B. durch eine Krebsdiagnose. Dies widerspricht dem Sinn und Geist des KVG respektive der aktuellen Franchiselösungen, welche auf Solidarität und einem massvollen Verursacherprinzip basieren. Mehr noch: Die SGK-NR sucht nach einer Antwort auf ein praktisch nicht existentes Problem - der Anteil von Franchisewechseln ist mit laut Bericht 0,17% nämlich verschwindend klein. Folglich stellt ihr Vorgehen eine unberechtigte Strafaktion gegen alle Versicherten mit Wahlfranchisen dar.

Im Weiteren taugt die beabsichtigte KVG-Änderung nicht dazu, medizinische Bagatellfälle und unnötige Untersuchungen zu erkennen und zu vermeiden. Sie kann im Gegenteil dazu führen, dass nötige medizinische Behandlungen unterbleiben oder zu spät erfolgen, namentlich in sozial bzw. gesundheitlich schwächeren Bevölkerungskreisen. Bereits heute verzichtet ein Teil der Bevölkerung aus Kostengründen auf medizinische Angebote (zum Beispiel im Kanton Genf Studien zufolge rund 10 bis 15 Prozent). Letzteres führt jedoch unter Umständen längerfristig zu steigenden Gesundheitskosten, etwa wenn wegen fehlender Vorsorgeuntersuchungen Krankheiten (zu lange) unentdeckt bleiben. Solch bedenklichen Entwicklungen leistet die SGK-N Vorschub.

Abschliessend sei daran erinnert, dass sich die direkte Kostenbeteiligung der Prämienzahlerinnen und -zahler im Schweizer Gesundheitswesen auf einem im internationalen Vergleich rekordhohen Niveau bewegt. Dazu gehören nebst den Franchisen insbesondere der Selbstbehalt sowie die Pflegekostenbeteiligung in Spitälern, Heimen und bei der Spitex. Erschwerend hinzu kommen die ungenügende Umsetzung des Prämienverbilligungssystems durch die Kantone und die geplante Verschärfung bei den Ergänzungsleistungen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Antwort und stehen Ihnen für Rückfragen zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Verband Schweizerischer Assistenz-
und Oberärztinnen und -ärzte



Dr. med. Anja Zyska Cherix
Präsidentin



Marcel Marti
Leiter Politik und Kommunikation /
stv. Geschäftsführer



Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique
Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica



Vereinigung
unabhängiger
Ärztinnen, Ärzte
und Medizinstudierender

für ein gerechtes
und soziales
Gesundheitswesen

Bern, 14. Dezember 2017

Medienmitteilung

Franchisen-Fesseln sind keine Lösung!

Wahlfranchisen jährlich wechseln soll bald der Vergangenheit angehören. Zumindest nach dem Willen der Gesundheitskommission des Nationalrats. Dagegen wehren sich VSAO, Gewerkschaftsbund, Medizinethiker, unabhängige Ärztinnen und Ärzte sowie das Frauenambulatorium. Denn die geplante Änderung des Krankenversicherungsgesetzes ist unsolidarisch - und kann viel Geld kosten.

Die Vorlage der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) hat es in sich: Wer künftig eine Wahlfranchise abschliesst, bleibt ganze drei Jahre daran gebunden. Ein Wechsel der Krankenkasse wäre zwar während dieser Zeit weiterhin zulässig - aber ohne Anpassung der Franchisenhöhe.

Mit ihrem Vorschlag möchte die Kommission die Selbstverantwortung fördern. Heisst: Es soll verhindert werden, dass Versicherte ihre Franchise wegen eines absehbaren Leistungsbezugs senken. Denn ein solches Verhalten untergrabe die Solidarität. Umgekehrt stärke die dreijährige Vertragsdauer das Kostenbewusstsein, wenn es darum geht, ob man wegen einer Bagatelle ärztlichen Rat sucht.

Ein Phantom bekämpfen...

Nur: Die SGK-N sucht nach einer Antwort auf ein praktisch inexistentes Problem - der Anteil von Franchisenwechseln ist mit 0,17% nämlich minimal. Folglich straft sie mit ihrem Vorgehen alle Versicherten mit Wahlfranchisen. Und statt die Solidarität zu stärken, werden Gemeinsinn und gesellschaftliche Verantwortung geschwächt. Das zeigt ein in der Kommission gescheiterter Minderheitsantrag. Er wollte Versicherten, bei denen während der drei Jahre eine schwere oder chronische Erkrankung auftritt, den Franchisenwechsel ermöglichen. Falls also die Vorlage in der jetzigen Form eine Mehrheit findet, drohen Personen, die zum Beispiel durch eine Krebsdiagnose in finanzielle Schwierigkeiten geraten, erhebliche Risiken.

...und neue Geister auf den Plan rufen

So weit darf es nicht kommen. Deshalb äussert sich der VSAO in der Vernehmlassung dezidiert ablehnend. Seine Haltung teilen der Schweizerische Gewerkschaftsbund (SGB), der Verein Ethik und Medizin Schweiz (VEMS), die Vereinigung unabhängiger

Ärztinnen, Ärzte und Medizinstudierender (VUA) sowie das Frauenambulatorium in Zürich. Denn statt wie erhofft bei den Krankenkassen Geld zu sparen, kann der Vorschlag der SGK-N am Ende die Allgemeinheit zur Kasse bitten. Die Kommission räumt selber ein, dass Versicherte wegen der höheren Kostenbeteiligung oder steigenden Prämien eventuell mehr Sozialhilfe oder Ergänzungsleistungen benötigen.

Mehr noch: Der VSAO und seine Partner befürchten, dass medizinische Behandlungen in Zukunft vermehrt unterbleiben oder zu spät erfolgen. Bereits heute verzichtet nämlich ein ansehnlicher Teil der Bevölkerung aus Kostengründen darauf. Letzteres führt jedoch unter Umständen zu steigenden Gesundheitskosten, etwa wenn wegen fehlender Vorsorgeuntersuchungen Krankheiten (zu lange) unentdeckt bleiben.

Abschliessend sei daran erinnert, dass sich die direkte Kostenbeteiligung der Prämienzahlerinnen und -zahler im Schweizer Gesundheitswesen schon jetzt auf einem im internationalen Vergleich rekordhohen Niveau bewegt. Dazu gehören nebst den Franchisen insbesondere der Selbstbehalt sowie die Pflegekostenbeteiligung in Spitälern, Heimen und bei der Spitex.

Vernehmlassung parl. Initiative „Stärkung der Selbstverantwortung im KVG“:
Stellungnahme VSAO

Für Rückfragen:

Marcel Marti
Leiter Politik & Kommunikation / stv. Geschäftsführer VSAO
Tel. 031 350 44 82
E-Mail: marti@vsao.ch

VSAO – Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte

Der Berufsverband VSAO vertritt als eigenständiger Verein die beruflichen, standespolitischen und wirtschaftlichen Interessen der angestellten Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz, insbesondere der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte.

Monsieur
Thomas de Courten
Président de la Commission de la sécurité
sociale et de la santé publique
3003 Berne

Paudex, le 13 décembre 2017
JSV/ma

15. 468 Initiative parlementaire. LAMal. Renforcer la responsabilité individuelle.

Monsieur le Président de la Commission,

Nous nous référons au dossier mentionné en titre et nous nous permettons de vous faire part de nos remarques.

I. Teneur du projet

La modification projetée des articles 62 et 64 LAMal fait suite à l'initiative parlementaire de Monsieur le conseiller national Roland Borer (UDC, SO) du 19 juin 2015 relative au renforcement de la responsabilité individuelle.

Elle prévoit que les assurés, qui choisissent une forme d'assurance assortie d'une franchise plus élevée que la franchise de base, soient liés pour une durée de trois ans.

Le choix des modèles alternatifs et la possibilité de changer d'assureur ne sont pas affectés par ces modifications.

La révision entend ainsi lutter contre les comportements opportunistes qui conduiraient certains assurés à diminuer le montant de leur franchise en prévision d'une opération planifiée. Ainsi, le fait d'être lié durant plusieurs années renforce à la fois la responsabilité individuelle (évaluation de son état de santé, de ses revenus disponibles, incitation à considérer la réelle utilité d'une intervention en cas de problèmes de santé mineurs) et la solidarité, conduisant finalement à une diminution des coûts de la santé.

II. Appréciation

A la lecture de l'avant-projet du rapport explicatif, il est difficile de se forger une opinion sur la réelle efficacité de cette mesure et des économies qui en résulteraient pour notre système de santé.

En effet, l'impact pour les assurés - à l'exception des frais supplémentaires maximaux - n'a pas pu être chiffré. Les économies pour les assureurs ont par contre fait l'objet d'une estimation de l'ordre de 5 millions de francs par année.

Cela étant, l'augmentation incessante des coûts de la santé et son impact sur les primes d'assurance maladie nécessitent que des mesures soient prises pour endiguer la tendance.

Il nous paraît dès lors justifié que la liberté de fixer les franchises conférée par la loi soit accompagnée de certaines restrictions, destinées à éviter les comportements de pure opportunité. En outre, le délai de 3 années demeure acceptable.

Toutefois, si une plus grande responsabilité est exigée des assurés, il nous semble indispensable de continuer, en contrepartie, de s'assurer que les franchises à option demeurent attractives. Ainsi, il est nécessaire d'assortir ces nouvelles mesures de la garantie que le rabais maximal prévu par l'art. 95 al. 2bis OAMal demeure à tout le moins à son niveau actuel. Une augmentation de ce dernier à 80% du risque de participer aux coûts assumés par les assurés ayant choisi une franchise plus élevée nous paraîtrait même souhaitable pour tenir compte, dans une mesure adéquate, de la solidarité dont font preuve les preneurs de primes à option.

III. Conclusion

Pour les motifs évoqués ci-dessus et, à condition que des rabais garantissant des incitations efficaces demeurent pour les primes à option, nous nous déclarons favorables aux modifications des articles 62 et 64 LAMal, telles que proposées par l'avant-projet de rapport explicatif de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national.

En vous remerciant de nous avoir consultés, nous vous prions de recevoir, Monsieur le Président de la Commission, l'expression de notre haute considération.

Centre Patronal



Jérôme Simon-Vermot

Monsieur
Thomas de Courten
Président de la Commission de la sécurité
sociale et de la santé publique
3003 Berne

Paudex, le 13 décembre 2017
JSV/ma

15. 468 Initiative parlementaire. LAMal. Renforcer la responsabilité individuelle.

Monsieur le Président de la Commission,

Nous nous référons au dossier mentionné en titre et nous nous permettons de vous faire part de nos remarques.

I. Teneur du projet

La modification projetée des articles 62 et 64 LAMal fait suite à l'initiative parlementaire de Monsieur le conseiller national Roland Borer (UDC, SO) du 19 juin 2015 relative au renforcement de la responsabilité individuelle.

Elle prévoit que les assurés, qui choisissent une forme d'assurance assortie d'une franchise plus élevée que la franchise de base, soient liés pour une durée de trois ans.

Le choix des modèles alternatifs et la possibilité de changer d'assureur ne sont pas affectés par ces modifications.

La révision entend ainsi lutter contre les comportements opportunistes qui conduiraient certains assurés à diminuer le montant de leur franchise en prévision d'une opération planifiée. Ainsi, le fait d'être lié durant plusieurs années renforce à la fois la responsabilité individuelle (évaluation de son état de santé, de ses revenus disponibles, incitation à considérer la réelle utilité d'une intervention en cas de problèmes de santé mineurs) et la solidarité, conduisant finalement à une diminution des coûts de la santé.

II. Appréciation

A la lecture de l'avant-projet du rapport explicatif, il est difficile de se forger une opinion sur la réelle efficacité de cette mesure et des économies qui en résulteraient pour notre système de santé.

En effet, l'impact pour les assurés - à l'exception des frais supplémentaires maximaux - n'a pas pu être chiffré. Les économies pour les assureurs ont par contre fait l'objet d'une estimation de l'ordre de 5 millions de francs par année.

Cela étant, l'augmentation incessante des coûts de la santé et son impact sur les primes d'assurance maladie nécessitent que des mesures soient prises pour endiguer la tendance.

Il nous paraît dès lors justifié que la liberté de fixer les franchises conférée par la loi soit accompagnée de certaines restrictions, destinées à éviter les comportements de pure opportunité. En outre, le délai de 3 années demeure acceptable.

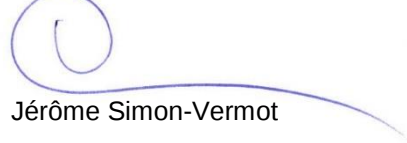
Toutefois, si une plus grande responsabilité est exigée des assurés, il nous semble indispensable de continuer, en contrepartie, de s'assurer que les franchises à option demeurent attractives. Ainsi, il est nécessaire d'assortir ces nouvelles mesures de la garantie que le rabais maximal prévu par l'art. 95 al. 2bis OAMal demeure à tout le moins à son niveau actuel. Une augmentation de ce dernier à 80% du risque de participer aux coûts assumés par les assurés ayant choisi une franchise plus élevée nous paraîtrait même souhaitable pour tenir compte, dans une mesure adéquate, de la solidarité dont font preuve les preneurs de primes à option.

III. Conclusion

Pour les motifs évoqués ci-dessus et, à condition que des rabais garantissant des incitations efficaces demeurent pour les primes à option, nous nous déclarons favorables aux modifications des articles 62 et 64 LAMal, telles que proposées par l'avant-projet de rapport explicatif de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national.

En vous remerciant de nous avoir consultés, nous vous prions de recevoir, Monsieur le Président de la Commission, l'expression de notre haute considération.

Centre Patronal



Jérôme Simon-Vermot

Envoi par e-mail

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Assurance maladie et
accidents
Division surveillance de l'assurance
3003 Bern

Le 18 décembre 2017

Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Augmentation de la durée contractuelle des contrats avec franchise à option (Init. Parl. Borer (Brand) 15.468. LAMal. Renforcer la responsabilité individuelle) – Prise de position de Dettes Conseils Suisse

Madame la Conseillère nationale,
Monsieur le Conseiller national,
Madame, Monsieur,

Dettes Conseils Suisse regroupe 38 services de désendettement à but non lucratif soutenus par des cantons et communes de Suisse dans leurs programmes de prévention et de lutte contre le surendettement. Environ $\frac{3}{4}$ des ménages qui consultent nos membres ont un revenu inférieur à 6'000.- par mois. En 2015 et 2016, trois ménages sur cinq les consultant avaient des dettes d'assurance-maladie et un sur trois des dettes auprès de prestataires de soins. En sus, la maladie, les accidents et leurs suites financières (diminution de revenu, perte d'emplois, frais de santé) jouaient un rôle dans environ un quart des historiques de surendettement. Raisons pour lesquelles nous nous sentons légitimés à participer à la présente procédure de consultation.

1. Résumé

Dettes Conseils Suisse s'oppose catégoriquement à la mise en œuvre de l'initiative parlementaire Borer (Brand) 15.468. En effet, dite initiative n'est pas à même de réduire les coûts de la santé, et, en ne tenant aucunement compte de l'évolution du revenu disponible des ménages, elle consacre une médecine à deux vitesses contraire, notamment, aux art. 8 al. 2 et 41 al. 1, lit. b de la Constitution fédérale. Sa mise en œuvre conduirait à une augmentation importante du surendettement des ménages et de la pauvreté, ainsi que des charges des cantons et communes. Subsidiairement, si l'entrée en matière devait être décidée, la proposition d'art. 62 al. 2^{quater} de la minorité devra impérativement être soutenue pour limiter les impacts négatifs sur les ménages économiquement modestes frappés par la maladie.

2. Constats

2.1. La situation des ménages économiquement modestes tend à se dégrader

Nous avons démontré, en nous basant sur diverses statistiques et études fédérales ainsi que sur diverses autres études scientifiques et articles de presse¹ que :

- Le revenu disponible des ménages économiquement modestes tend à diminuer, ce qui fait augmenter le nombre de personnes confrontées à un endettement systémique
- Les subsides d'assurance-maladie se réduisent et manquent de plus en plus leur cible, ce qui conduit certains ménages modestes à devoir consacrer près de 20% de leurs revenus au paiement des primes d'assurance-maladie
- Le nombre de personnes renonçant à des prestations médicales pour des raisons financières augmente

2.2 Les inégalité sociales et la santé

Il est vrai que le rapport entre les inégalités sociales et les inégalités devant la santé n'ont fait l'objet que de peu d'études en Suisse. Ce qui a notamment été souligné par une étude de l'OCDE et de l'OMS sur le système de santé suisse². Toutefois, diverses études récentes³ démontrent que les inégalités socioéconomiques ont un impact important sur l'espérance de vie, les maladies non-transmissibles et le risque d'invalidité. **Une étude publiée à fin novembre 2017** laisse d'ailleurs entendre que les personnes ayant un statut social et financier favorisé consultent plus régulièrement leur médecin⁴... ce qui est favorable à leur état de santé.

2.3 L'impossibilité de faire face à une dépense imprévue de 2'500.-

« En Suisse en 2016, 21,5% de la population vivait dans un ménage qui n'était pas en mesure de faire face à une dépense imprévue de 2500.- dans un délai d'un mois. Les personnes de nationalité étrangère, en particulier les extra-européens, celles au chômage ou disposant d'un bas niveau de formation et les ménages monoparentaux sont les plus touchés.⁵ »

¹ Voir notre prise de position concernant la motion Bischofberger 15.4157 visant à adapter le montant des franchises à l'évolution des coûts de la santé : http://www.dettes.ch/mm/mm001/Prise_de_position_de_DCS.pdf, points 2.1 à 2.3, p. 1ss

² OECD Reviews of Health Systems, Switzerland, OECD, 2011, paru le 24 janvier 2012, voir également: Voir: Les maladies poussent sur le terreau des inégalités, Bertrand Beauté, Tribune de Genève, 18 février 2017, <https://www.tdg.ch/sante/sante/Les-maladies-poussent-sur-le-terreau-des-inegalites/story/28926512>

³ Voir: Inégalités sociales et économiques: Conséquences sur la santé en Suisse et à Genève, France Weaver, Forum « les inégalités sociales et de santé : un enjeux pour Genève, Université de Genève, le 22 mai 2012 ; http://ge.ch/sante/media/site_sante/files/imce/medecin-cantonal/doc/inegalites_sociales_et_economiques_consequences_sur_la_sante_en_suisse_et_a_geneve_forum_i_ss_22_mai_2012.pdf

Les maladies poussent sur le terreau des inégalités, Bertrand Beauté, Tribune de Genève, 18 février 2017, <https://www.tdg.ch/sante/sante/Les-maladies-poussent-sur-le-terreau-des-inegalites/story/28926512>

⁴ http://www.systemsx.ch/news/news/details/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=454&cHash=287e0281cdf77f6d5efeda3052a1e034

⁵ OFS, Etude SILC 2016, communiqué de presse, Neuchâtel, 16 novembre 2017

2.4 Le nombre d'assuré-e-s choisissant des franchises maximales pour faire des économies prend l'ascenseur

Selon les statistiques disponibles de l'OFSP⁶, le pourcentage d'assurés ayant une franchise maximale a doublé pour les adultes de 26 ans et plus et presque triplé pour les jeunes adultes entre 2009 et 2016. L'étude d'Ecoplan⁷ citée dans le rapport de la Commission démontre que 94% des assurés ont précisé s'être décidé pour une telle franchise afin de faire des économies.

3. Une réforme utile ?

3.1 Une révision pour un phénomène rarissime ?

Selon le rapport explicatif de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national, seul 0,17% des assurés abaissent temporairement et 0,13% augmentent temporairement leur franchise. Phénomène qualifié de rare par ledit rapport. Toutefois, aucune explication n'est donnée sur l'origine de ces modifications temporaires. Ainsi, comme le changement de franchise intervient non pas seulement par opportunisme, mais également en raison de facteurs économiques et personnels (diminution de revenu, chômage, etc.), ces « rares » fluctuations ne peuvent être mises uniquement au compte de personnes désireuses de « profiter » du système. Par conséquent, l'impact d'une telle révision ne pourra que se révéler anecdotique.

3.2 Une telle complexification du système permettra-t-elle un choix éclairé des assurés ?

A l'heure actuelle, bon nombre de ménages ont de la peine à évaluer les conséquences de leur choix en matière d'assurance-maladie. Si, le choix est en priorité dicté par la réalité financière des ménages et les risques « prévisibles » d'avoir besoin de soins, les multiples modèles d'assurance et leurs conditions générales deviennent incompréhensibles pour la plupart des assuré-e-s. Ajouter encore des durées contractuelles différentes en fonction du montant de la franchise n'aidera pas. Il n'est déjà pas possible de savoir si on va tomber malade dans l'année à venir, ni de savoir si cette maladie sera grave ou bénigne, si elle sera chronique, de durée ou spontanée, si elle nécessitera une hospitalisation ou non, etc. Raison pour laquelle, le choix de la franchise s'apparente à un coup de poker. Il sera donc beaucoup plus hasardeux de procéder au choix de la franchise si celle-ci ne peut être diminuée que tous les 3 ans. A ce titre, il est d'ailleurs éclairant que les auteurs du rapport explicatif, spécialistes des questions liées à la LAMal, aient commis au moins deux erreurs fondamentales dans leur évaluation des conséquences financières maximales pour les assuré-e-s.

3.3 Quel est l'impact financier maximum pour un-e assuré-e qui tomberait malade ?

Le rapport contient deux erreurs fondamentales :

1° La première erreur est de se baser sur le rabais maximal que peuvent proposer les assureurs au sens de l'art. 95 al. 2^{bis} OAMal. En effet, de nombreuses caisses offrent des rabais de prime bien inférieurs. Nous n'avons pas eu le temps de procéder à un examen complet. En pointant au

⁶ Statistique de l'assurance-maladie obligatoire, <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/zahlen-fakten/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html> Tableaux Excel, onglets T 11.16 (2009 à 2014) et onglets T 7.16 (2015 et 2016),

⁷ Franchisebindung, Eine empirische Untersuchung zur Akzeptanz bei den OKP-Versicherten, Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Kurzbericht, Ecoplan, 23.01.2017, p. 14

hasard, nous avons, par exemple, trouvé un rabais de 49,47%⁸. Le coût supplémentaire direct pour un-e assuré-e s'élève ainsi à 1'111.60 CHF pour la première année, selon la logique du calcul proposé, soit environ 451.- de plus que le montant calculé par les auteurs du rapport...

2° Le rabais de prime continuera d'être décidé annuellement par l'assureur-maladie. Par conséquent, on ne peut faire un tel pronostic que sur une seule année...

En d'autres termes, une personne qui devrait être traitée pour une maladie grave de longue durée (cancer, par exemple) pourrait tout à fait être amenée à assumer des surplus de coûts supérieurs à 2'200.-.

De plus, le montant qu'une personne peut avoir à assumer **à court terme** peut être de nature à la plonger dans des difficultés importantes. Elément qui ne figure pas dans le rapport. Une personne, par exemple, fait un infarctus particulièrement grave, doit subir plusieurs pontages coronariens en opération à cœur ouvert : Elle devra rembourser à court terme des frais conséquents à son assureur maladie potentiellement équivalents à sa franchise, l'ensemble des frais de participation ainsi que les frais hospitaliers, soit une facture avoisinant les 3'500.-. Ce qui peut avoir, comme conséquences :

- Une augmentation de la facture due aux frais et intérêts de retard (paiement par acomptes, si négociable)
- L'impossibilité de changer d'assureur-maladie et, ainsi, de pouvoir faire des économies tant que la facture n'est pas intégralement payée (art. 64a al. 6 LAMal)
- Le non paiement des impôts (Pour faire face aux dépenses non prévues ou ensuite de saisies de revenu, par exemple)
- Une éventuelle inscription sur une liste noire au sens de l'art. 64a al. 7 LAMal
- Le début d'un surendettement (notamment pour les ménages à revenus modestes)
- L'aggravation d'un surendettement préexistant
- ...

A notre sens, il serait sain de vérifier l'impact financier réel qu'une telle modification pourrait avoir sur les assurés. Il est certes difficile à évaluer, mais il apparaît évident que le rapport le sous-estime gravement.

3.4 L'impact financier sur les collectivités publiques...

L'impact sur les collectivités publiques est également particulièrement difficile à appréhender. Toutefois, nous sommes assez surpris que l'impact des défauts de paiement supplémentaires dus à cette révision sur les collectivités publiques (risque de surendettement) ou les collectivités d'assurés et les prestataires de soins (défaut de paiements) n'aient pas été évoqués.

Ensuite, il apparaît évident qu'une telle pratique renforcera le renoncement à des prestations médicales pour les assuré-e-s à revenus modestes. Par conséquent, dite révision aura très certainement un effet délétère sur les coûts effectifs de la santé à moyen-long terme. Notamment au titre de maladies graves qui auraient pu être prises en charge de manière plus économique si elles avaient été diagnostiquées à temps, principalement de maladies non-transmissibles. Autrement dit, des maladies qui touchent les personnes à revenus modestes de manière plus importante.

3.5 Des personnes prises au piège

Nous observons diverses évolutions législatives qui nous paraissent dangereuses. L'une d'elle doit nécessairement être mise en lien avec la proposition de l'initiative parlementaire 15.468 : Les

⁸ Sumiswalder Sumiswald, Telmed, Jeune adulte, sans couverture accident, canton : AI, prime à 222,2 CHF pour une franchise à 2'500.- CHF et prime à 312,9 CHF pour une franchise à 300.- CHF. Source : www.priminfo.ch

mesures d'économie en matière d'aide sociale conduisent certaines autorités cantonales à vouloir contraindre la majorité des bénéficiaires de l'aide sociale à adopter des franchises à 2'500.- CHF⁹. La durée de trois ans proposée par l'initiative pourrait ainsi également nuire aux efforts de réinsertion de bénéficiaires de l'aide sociale. De plus, ces personnes seraient contraintes d'assumer, à moyen terme, des choix faits par les autorités.

4° Conclusions

L'initiative parlementaire 15.468 conduirait à faire supporter une charge supplémentaires aux ménages à revenus modestes. En effet, soit ces ménages devront se résoudre à payer des primes particulièrement élevées afin de limiter la casse en cas de problèmes de santé, soit prendre un risque financier propre à les mener dans le mur. La part des coûts de la santé assumée par les assurés suisses est l'une des plus importantes des pays de l'OCDE¹⁰ et étouffe déjà les ménages à revenus modestes. Une telle « solution » ne fera qu'augmenter les inégalités de distribution des revenus disponibles, nuira aux efforts des cantons pour limiter les effets de seuil, conduira à une augmentation du surendettement systémique et à une exclusion des personnes à revenus modestes de l'accès aux soins. Les coûts sociaux, à la charge des cantons et des communes, en seront affectés.

Il est tout à fait douteux que l'initiative parlementaire 15.468 puisse avoir un effet bénéfique sur le système de santé, mais il est certain qu'elle nuira aux personnes de condition économique modeste et à l'équilibre social. Partant, dite solution entre en contradiction avec le but social de l'art. 41 al. 1 lit b de la Constitution fédérale. Enfin, elle nuira très certainement à la stratégie nationale de prévention des maladies non-transmissibles, ce qui conduira, selon toute vraisemblance, à une augmentation des coûts de la santé, ainsi qu'au programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté. Ce projet de révision doit être purement et simplement abandonné.

Si le Parlement devait néanmoins entrer en matière sur ce projet de loi, la proposition de la minorité visant à prévoir une possibilité de changement de franchise en cas de maladie grave ou chronique devra impérativement être retenue.

En vous remerciant de la considération que vous accorderez à la présente prise de position, nous vous prions de recevoir, Madame la Conseillère nationale, Monsieur le Conseiller national, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Dettes Conseils Suisse



Sébastien Mercier
Secrétaire général

⁹ Programme d'allègement 2018 (PA 2018), Rapport du Conseil-exécutif du canton de Berne au Grand Conseil du 2 juin 2017, N° d'ACE 693/2017, N 44.7.2., p. 71

¹⁰ Versements directs des ménages pour les soins de santé dans les pays de l'OCDE, 2009, in OCDE – OMS, Examen du système de santé suisse, p. 5; <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/48987455.pdf>

PAR COURRIEL

Conseil national
Commission de la sécurité sociale
et de la santé publique

Carouge, le 24 novembre 2017

Position de l'Association Genevoise des Diabétiques - diabète genève concernant l'initiative parlementaire 15.468 LAMal. Renforcer la responsabilité individuelle

Madame, Monsieur,

L'Association Genevoise des Diabétiques - diabète genève, s'oppose fermement à la modification de la LAMal proposée par l'initiative parlementaire 15.468.

Comme l'a relevé la minorité de la commission, l'obligation de conserver une franchise élevée durant plusieurs années représenterait un risque considérable pour les personnes à qui serait diagnostiquée une maladie chronique dans l'intervalle.

La prévention des complications est « cost-effective », incitons-la plutôt !

En Suisse, un quart de la population suisse est touché par une ou plusieurs maladies chroniques. Les coûts liés à ces maladies représentent 80 % des coûts totaux de la santé. Les études sur les coûts directs et indirects du diabète montrent que cette situation est surtout due aux complications, qui pèsent pour deux tiers de ces coûts. Ainsi, d'après les recommandations basées sur la meilleure évidence scientifique, la prise en charge précoce, incluant les traitements, contrôles réguliers et aide à l'autogestion, est efficace et nécessaire pour réduire le risque de complications. Cependant, cette prise en charge coûte passablement (les coûts annuels supplémentaires pour le diabète sont estimés en moyenne à CHF 5'600.- (Huber et al, 2014). Or les patients qui devraient commencer par sortir de leur poche le montant de la franchise trois années de suite risquent fort de renoncer aux soins, surtout s'ils sont dans une situation financière précaire. Au final, cette mesure pourrait donc contribuer à augmenter le fardeau financier lié aux maladies chroniques plutôt que de le réduire.

Eviter de péjorer l'inégalité des chances face à la santé

Dans la ligne des arguments précédents, il est scientifiquement prouvé que les maladies chroniques touchent plus les personnes des couches de revenus inférieurs.

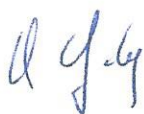
« Il existe un gradient social du diabète 2, soit une inégalité sociale face au risque de développer la maladie. L'incidence du diabète - comme d'ailleurs celle des maladies cardiovasculaires et des cancers - est en effet plus élevée parmi les personnes à faible statut socio-économique. Au coût élevé du diabète pour le système de santé vient s'ajouter un coût pour la société en termes d'accroissement des inégalités. Une bonne prévention a un double avantage : alléger les budgets de santé et réduire l'inégalité sociale face à la maladie. » (Jeanrenaud et Dreyer, 2012). Cette inégalité se retrouve tout au long du continuum : les personnes avec un faible revenu sont non seulement plus à risque de développer une maladie chronique, mais elles risquent en outre d'être moins bien prises en charge, et consécutivement d'être plus concernées par les complications et la mortalité liées à ces maladies. La stratégie fédérale Santé2020 ainsi que celle concernant la prévention des maladies non transmissibles pointent cette problématique et la nécessité d'adopter des mesures visant à réduire ces inégalités. N'amplifions pas le problème avec une mesure qui va à l'opposé de l'effet escompté !

L'économie visée risque de se reporter sur les charges sociales

Du moment que la modification légale proposée risque de prêter les personnes plus vulnérables du point de vue socio-économique, la potentielle économie sur le budget de la santé pourrait bien s'accompagner d'un transfert de charge sur le budget du social, soit un report du secteur privé (les ménages) sur le secteur public, à charge de la collectivité.

Pour les diverses raisons développées précédemment, la proposition avancée dans l'initiative parlementaire 15.468 est non seulement inappropriée pour répondre au but attendu de freiner l'augmentation des coûts de la santé, mais elle risque au contraire de reporter les coûts, d'une part sur les individus en renforçant les inégalités et, d'autre part, sur la collectivité en grevant les charges sociales. Outre le fait qu'elle va à l'encontre des priorités de la politique fédérale en matière de santé publique et du principe de solidarité, elle contrecarre les principes d'efficacité et d'économicité des soins.

En vous remerciant d'avance de l'attention que vous aurez bien voulu porter à notre courrier, nous vous adressons, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.



Prof. Alain Golay
Médecin-chef du Service d'enseignement
thérapeutique pour maladies chroniques
des Hôpitaux Universitaires de Genève



Michel Rossetti
Président de diabète genève
Association Genevoise des
Diabétiques

Contact pour information :

Prof. Alain Golay, tél. direct: 022 372 97 26, alain.golay@hcuge.ch

Copie : M. Mauro Poggia, Conseiller d'Etat, chargé du Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé, Genève

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GE/ER
DS	Bundesamt für Gesundheit 1 7. Nov. 2017					
DG						
CC						
Int						
RM						
GB						
GeS						3 AS Chem
Lst	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

Office fédéral de la Santé Publique
Mme Dominique Marcuard,
M. Rafael Schläpfer,
collaborateur à la CSSS-N
Case postale
3003 Bern

Lausanne, le 15 novembre 2017

Position de l'Association valaisanne du diabète concernant l'initiative parlementaire 15.468 LAMal. Renforcer la responsabilité individuelle

Madame, Monsieur,

L'Association citée en marge et défendant les intérêts des personnes atteintes de diabète, s'oppose fermement à la modification de la LAMal proposée par l'initiative parlementaire 15.468.

Comme l'a relevé la minorité de la commission, l'obligation de conserver une franchise élevée durant plusieurs années représenterait un risque considérable pour les personnes à qui serait diagnostiquée une maladie chronique dans l'intervalle.

La prévention des complications est « cost-effective », incitons-la plutôt !

En Suisse, un quart de la population suisse est touché par une ou plusieurs maladies chroniques. Les coûts liés à ces maladies représentent 80 % des coûts totaux de la santé. Les études sur les coûts directs et indirects du diabète montrent que cette situation est surtout due aux complications, qui pèsent pour deux tiers de ces coûts. Ainsi, d'après les recommandations basées sur la meilleure évidence scientifique, la prise en charge précoce, incluant les traitements, contrôles réguliers et aide à l'autogestion, est efficace et nécessaire pour réduire le risque de complications. Cependant, cette prise en charge coûte passablement (les coûts annuels supplémentaires pour le diabète sont estimés en moyenne à CHF 5'600.- (Huber et al, 2014). Or les patients qui devraient commencer par sortir de leur poche le montant de la franchise trois années de suite risquent fort de renoncer aux soins, surtout s'ils sont dans une situation financière précaire. Au final, cette mesure pourrait donc contribuer à augmenter le fardeau financier lié aux maladies chroniques plutôt que de le réduire.

Eviter de péjorer l'inégalité des chances face à la santé

Dans la ligne des arguments précédents, il est scientifiquement prouvé que les maladies chroniques touchent plus les personnes des couches de revenus inférieurs. « Il existe un gradient social du diabète 2, soit une inégalité sociale face au risque de développer la maladie. L'incidence du diabète – comme d'ailleurs celle des maladies cardiovasculaires et des cancers – est en effet plus élevée parmi les personnes à faible statut socio-économique.

Au coût élevé du diabète pour le système de santé vient s'ajouter un coût pour la société en termes d'accroissement des inégalités. Une bonne prévention a un double avantage : alléger les budgets de santé et réduire l'inégalité sociale face à la maladie. » (Jeanrenaud et Dreyer, 2012). Cette inégalité se retrouve tout au long du continuum : les personnes avec un faible revenu sont non seulement plus à risque de développer une maladie chronique, mais elles risquent en outre d'être moins bien prises en charge, et consécutivement d'être plus concernées par les complications et la mortalité liée à ces maladies. La stratégie fédérale Santé2020 ainsi que celle concernant la prévention des maladies non transmissibles pointent cette problématique et la nécessité d'adopter des mesures visant à réduire ces inégalités. N'amplifions pas le problème avec une mesure qui va à l'opposé de l'effet escompté !

L'économie visée risque de se reporter sur les charges sociales

Du moment que la modification légale proposée risque de prêter les personnes plus vulnérables du point de vue socio-économique, la potentielle économie sur le budget de la santé pourrait bien s'accompagner d'un transfert de charge sur le budget du social, soit un report du secteur privé (les ménages) sur le secteur public, à charge de la collectivité.

Pour les diverses raisons développées précédemment, la proposition avancée dans l'initiative parlementaire 15.468 est non seulement inappropriée pour répondre au but attendu de freiner l'augmentation des coûts de la santé, mais elle risque au contraire de reporter les coûts d'une part sur les individus en renforçant les inégalités et d'autre part sur la collectivité en grevant les charges sociales. Outre le fait qu'elle va à l'encontre des priorités de la politique fédérale en matière de santé publique et du principe de solidarité, elle contrecarre les principes d'efficacité et d'économicité des soins.

En vous remerciant d'avance de l'attention que vous aurez bien voulu porter à notre courrier, nous vous adressons, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Association valaisanne du Diabète :

Le Président : Christian Kessler



La Secrétaire : Alexandra Quarroz



Av. Provence 12
1007 Lausanne

PAR COURRIEL
Mme Dominique Marcuard,
collaboratrice à l'OFSP
M. Rafael Schläpfer, collaborateur à la
CSSS-N

Réf : LC-IHT

Lausanne, le 7 novembre 2017

Position du Programme cantonal Diabète et de Diabètevaud concernant l'initiative parlementaire 15.468 LAMal. Renforcer la responsabilité individuelle

Madame, Monsieur,

Le Programme cantonal Diabète (ci-après : PcD) et diabètevaud s'opposent fermement à la modification de la LAMal proposée par l'initiative parlementaire 15.468.

Comme l'a relevé la minorité de la commission, l'obligation de conserver une franchise élevée durant plusieurs années représenterait un risque considérable pour les personnes à qui serait diagnostiquée une maladie chronique dans l'intervalle.

La prévention des complications est « cost-effective », incitons-la plutôt !

En Suisse, un quart de la population suisse est touché par une ou plusieurs maladies chroniques. Les coûts liés à ces maladies représentent 80 % des coûts totaux de la santé. Les études sur les coûts directs et indirects du diabète montrent que cette situation est surtout due aux complications, qui pèsent pour deux tiers de ces coûts. Ainsi, d'après les recommandations basées sur la meilleure évidence scientifique, la prise en charge précoce, incluant les traitements, contrôles réguliers et aide à l'autogestion, est efficace et nécessaire pour réduire le risque de complications. Cependant, cette prise en charge coûte passablement (les coûts annuels supplémentaires pour le diabète sont estimés en moyenne à CHF 5'600.- (Huber et al, 2014). Or les patients qui devraient commencer par sortir de leur poche le montant de la franchise trois années de suite risquent fort de renoncer aux soins, surtout s'ils sont dans une situation financière précaire. Au final, cette mesure pourrait donc contribuer à augmenter le fardeau financier lié aux maladies chroniques plutôt que de le réduire.

Eviter de péjorer l'inégalité des chances face à la santé

Dans la ligne des arguments précédents, il est scientifiquement prouvé que les maladies chroniques touchent plus les personnes des couches de revenus inférieurs. « Il existe un gradient social du diabète 2, soit une inégalité sociale face au risque de développer la maladie. L'incidence du diabète – comme d'ailleurs celle des maladies cardiovasculaires et des cancers – est en effet plus élevée parmi les personnes à faible statut socio-économique. Au coût élevé du diabète pour le système de santé vient s'ajouter un coût pour la société en termes d'accroissement des inégalités. Une bonne prévention a un double avantage : alléger les budgets de santé et réduire l'inégalité sociale face à la maladie. » (Jeanrenaud et Dreyer, 2012). Cette inégalité se retrouve tout au long du continuum : les personnes avec un faible revenu sont non seulement plus à risque de développer une maladie chronique, mais elles risquent en outre d'être moins bien prises en charge, et consécutivement d'être plus concernées par les complications et la mortalité liée à ces maladies. La stratégie fédérale Santé2020 ainsi que celle concernant la prévention des maladies non transmissibles pointent cette problématique et la nécessité d'adopter des mesures visant à réduire ces inégalités. N'amplifions pas le problème avec une mesure qui va à l'opposé de l'effet escompté !

L'économie visée risque de se reporter sur les charges sociales

Du moment que la modification légale proposée risque de prêter les personnes plus vulnérables du point de vue socio-économique, la potentielle économie sur le budget de la santé pourrait bien s'accompagner d'un transfert de charge sur le budget du social, soit un report du secteur privé (les ménages) sur le secteur public, à charge de la collectivité.

Pour les diverses raisons développées précédemment, la proposition avancée dans l'initiative parlementaire 15.468 est non seulement inappropriée pour répondre au but attendu de freiner l'augmentation des coûts de la santé, mais elle risque au contraire de reporter les coûts d'une part sur les individus en renforçant les inégalités et d'autre part sur la collectivité en grevant les charges sociales. Outre le fait qu'elle va à l'encontre des priorités de la politique fédérale en matière de santé publique et du principe de solidarité, elle contrecarre les principes d'efficacité et d'économicité des soins.

En vous remerciant d'avance de l'attention que vous aurez bien voulu porter à notre courrier, nous vous adressons, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.



Dresse Isabelle Hagon-Traub
Directrice du Programme cantonal Diabète



Léonie Chinnet
Secrétaire générale a.i. de diabètevaud

Contact pour information :

Dr Isabelle Hagon-Traub, tél. direct: 079 796 35 42
Isabelle.hagon-traub@diabete-vaud.ch

Copie : M. Pierre-Yves Maillard, Chef du Département de la santé et de l'action sociale, Vaud

PER E-MAIL
Frau Dominique Marcuard,
Mitarbeiterin im BAG
Herr Rafael Schläpfer, Mitarbeiter in der SGK-NR

Basel, 4. Dezember 2017

Stellungnahme diabetesregionbasel betreffend die parlamentarische Initiative 15.468 Stärkung der Selbstverantwortung im KVG

Sehr geehrte Damen und Herren

diabetesregionbasel ist strikt gegen die Änderung des KVG, wie sie von der parlamentarischen Initiative 15.468 vorgeschlagen wird.

Wie die Kommissionsminderheit festgestellt hat, würde die Verpflichtung, eine hohe Franchise über mehrere Jahre beizubehalten, für Menschen, bei denen in diesem Zeitraum eine Diagnose eine chronische Krankheit diagnostiziert würde, ein erhebliches Risiko darstellen.

Die Verhütung von Komplikationen ist „kostenwirksam“, fördern wir lieber diese!

In der Schweiz ist ein Drittel der schweizerischen Bevölkerung von einer oder mehreren chronischen Krankheiten betroffen. Die damit verbundenen Kosten machen 80% der gesamten Gesundheitskosten aus. Studien über die direkten und indirekten Kosten der Diabetes zeigen, dass diese Situation vor allem auf Komplikationen zurückzuführen ist, die für zwei Drittel dieser Kosten verantwortlich sind. So ist gemäss auf beste wissenschaftliche Evidenz gestützten Empfehlungen die frühzeitige Kostenübernahme einschliesslich Behandlungen, regelmässigen Kontrollen und Hilfe zum Selbstmanagement wirksam und notwendig, um das Komplikationsrisiko zu mindern. Diese Kostenübernahme ist allerdings ziemlich teuer (die jährlichen Zusatzkosten für Diabetes werden auf durchschnittlich CHF 5'600 geschätzt (Huber et al., 2014)). Das Risiko ist gross, dass Patienten, die beginnen müssten, die Kosten bis zur Höhe der Franchise drei Jahre lang aus eigener Tasche zu bezahlen, auf die Behandlung verzichten, vor allem, wenn sie in einer schwierigen finanziellen Lage sind. Letztlich könnte diese Massnahme also dazu beitragen, die mit chronischen Krankheiten verbundene finanzielle Belastung eher zu erhöhen als zu reduzieren.

Die Chancenungleichheit in der Gesundheit nicht weiter verschärfen

Auf der Linie der genannten Argumente ist wissenschaftlich erwiesen, dass Menschen aus niedrigen Einkommensschichten stärker von chronischen Krankheiten betroffen sind. „Es gibt bei Diabetes 2 einen Sozialgradienten, also eine Ungleichheit gegenüber dem Risiko, die Krankheit zu entwickeln. Die Inzidenz von Diabetes – wie im Übrigen auch die von Herz-Kreislauf-erkrankungen und Krebs – ist unter sozioökonomisch schwach gestellten Personen tatsächlich höher. Zu den hohen Kosten der Diabetesbehandlung für das Gesundheitssystem kommen noch die hohen Kosten für die Gesellschaft in Form von erhöhten Ungleichheiten. Eine gute Vorsorge hat den doppelten Vorteil, die Gesundheitsbudgets zu entlasten und die soziale Ungleichheit angesichts der Krankheit zu reduzieren.“ (Jeanrenaud und Dreyer, 2012). Diese Ungleichheit besteht entlang des gesamten Kontinuums: Personen mit einem niedrigen Einkommen sind nicht nur einem erhöhten Risiko ausgesetzt, eine chronische Krankheit zu bekommen, sondern auch dem Risiko, weniger gut betreut und folglich häufiger von Komplikationen und Mortalität in Verbindung mit dieser Krankheit betroffen zu sein. Die Strategie «Gesundheit2020» des Bundes wie auch die Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) zeigen diese Problematik und die Notwendigkeit von Massnahmen auf, die auf eine Verringerung der Ungleichheiten zielen. Verschärfen wir nicht das Problem mit einer Massnahme, die zum Gegenteil der erhofften Wirkung führt!

Die erhoffte Einsparung droht auf die Sozialkosten verlagert zu werden

Weil die vorgeschlagene Gesetzesänderung die in sozioökonomischer Hinsicht verletzlichsten Personen zu benachteiligen droht, könnte die mögliche Entlastung der Gesundheitskosten mit einer Verlagerung der Kosten auf die Sozialausgaben einhergehen, nämlich vom Privatsektor (Haushalte) auf den öffentlichen Sektor, also zu Lasten der Gemeinschaft.

Aus den verschiedenen angeführten Gründen ist der von der parlamentarischen Initiative 15.468 eingebrachte Vorschlag nicht nur ungeeignet, um das erwartete Ziel der Bremsung der steigenden Gesundheitskosten zu erreichen, sondern droht im Gegenteil, die Kosten einerseits auf die Einzelnen zu verlagern, was die Ungleichheiten verstärkt, und andererseits auf die Gemeinschaft, was die Sozialkosten belastet. Abgesehen davon, dass der Vorschlag den Prioritäten der Politik des Bundes in Sachen öffentliche Gesundheit und dem Solidaritätsprinzip widerspricht, vereitelt er auch die Grundsätze der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Pflege.

Mit bestem Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Freundliche Grüsse

diabetesregionbasel



Prof. Dr. Peter Erb, Präsident



Priska Giger, Geschäftsleiterin



Secrétariat général

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

Commission de la sécurité et de la santé
publique

M. Thomas de Courten
Président de la commission
3003 BERNE

Genève, le 15 décembre 2017
FER No 47-2017

**Procédure de consultation - 15.468 Initiative parlementaire - Modification de la loi fédérale
sur l'assurance-maladie (LAMal) - Renforcer la responsabilité individuelle**

Monsieur le Président de la commission,
Mesdames et Messieurs,

Nous vous prions de bien vouloir trouver ci-dessous notre prise de position dans le cadre de la
procédure de consultation susmentionnée relative à la modification de la LAMal.

Contexte et but de la modification

Actuellement, la LAMal prévoit que la franchise ordinaire s'élève à CHF 300.- par an.
Les assurés peuvent choisir une assurance avec franchise à option d'un montant supérieur à
CHF 300.- afin de bénéficier d'une réduction de prime.

Les assurés qui choisissent une forme d'assurance impliquant une franchise plus élevée endossent
une plus grande responsabilité individuelle car ils supportent seuls le risque de devoir payer une
plus grande part des frais médicaux en cas de maladie.

Le projet de modification de la LAMal prévoit que les assurés qui contractent une forme d'assurance
avec franchise à option doivent conserver la franchise choisie durant une période de trois années
civiles. Si, durant cette période, les assurés peuvent changer d'assureur, ils doivent conserver la
franchise choisie.

La modification proposée tend à éviter qu'un assuré puisse, de façon opportuniste, renoncer
temporairement, en fonction de son état de santé, à cette responsabilité individuelle en abaissant
provisoirement le montant de sa franchise, par exemple avant une intervention chirurgicale
programmée, pour la relever ultérieurement.

Avec cette proposition, la commission souhaite donc renforcer la responsabilité individuelle des assurés.

Analyse de la modification proposée

Il ressort des chiffres établis par l'OFSP que les formes d'assurance avec franchise à option sont prisées des adultes puisque 53,1 % des jeunes adultes et 56,2 % des adultes de plus de 26 ans sont en effet assurés selon ce modèle.

Selon un rapport de 2017 adopté par le Conseil fédéral et portant sur la participation aux coûts dans l'assurance obligatoire des soins, le choix de la franchise est déterminé par les coûts de la santé attendus, le montant des primes, ainsi que par la situation financière et la propension au risque des assurés.

Comme relevé dans le rapport de la commission, plus un assuré est lié longtemps à une franchise donnée, plus il est difficile pour lui d'estimer à l'avance la probabilité de tomber malade. La peur du risque, la difficulté d'apprécier son état de santé ou le manque de moyens financiers peuvent ainsi inciter l'assuré à opter pour une franchise plus basse en raison de la longueur de l'engagement. Or, la réduction du montant de la franchise va à l'encontre de la responsabilité individuelle des assurés.

Par ailleurs, le rapport parvient à la conclusion que seuls 0,17 % des assurés abaissent temporairement leur franchise et seulement 0,13 % relèvent temporairement leur franchise. Ainsi, globalement, seule une petite minorité d'assurés change de franchise pour des raisons d'opportunité immédiate.

Conséquences de la modification pour les entreprises

En Suisse, le financement de l'assurance obligatoire des soins (AOS) est assuré essentiellement par les primes des assurés, la participation aux coûts et les pouvoirs publics. Les entreprises ne participent pas directement à son financement, comme c'est le cas pour d'autres assurances sociales. Si certaines entreprises prévoient de prendre en charge totalement ou partiellement la prime pour l'assurance obligatoire des soins, la franchise d'assurance demeure en principe à la charge des assurés.

Notre Fédération se déclare en principe favorable aux initiatives et modifications permettant une réduction des coûts de la santé, ces mesures ayant notamment pour conséquence de diminuer les primes d'assurance et donc les charges des entreprises qui ont choisi de participer au paiement des primes de leurs collaborateurs.

Conclusion

Si notre Fédération est favorable au renforcement de la responsabilité individuelle, elle doute que la modification proposée permette d'atteindre cet objectif.

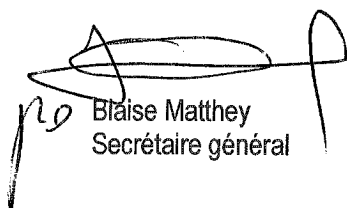
En effet, il apparaît que seule une petite minorité d'assurés change de franchise pour des raisons d'opportunité immédiate. Par ailleurs, un engagement obligatoire sur 3 ans aura certainement pour conséquence qu'une grande partie des assurés, par peur du risque, choisirait une franchise à option plus basse qu'ils ne l'ont actuellement, ce qui va à l'encontre du renforcement de la responsabilité individuelle.

Enfin, il est peu probable que la modification présentée permette d'obtenir une réduction des coûts de la santé.

Pour ces raisons, notre Fédération rejette donc le projet de modification proposé.

Nous vous remercions par avance de la considération portée à ces quelques lignes.

Nous vous prions de recevoir, Monsieur le Président de la commission, Mesdames et Messieurs, l'expression de notre parfaite considération.



Blaise Matthey
Secrétaire général



Roxane Zappella
Secrétaire juriste

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

Per Email an: aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch, dm@bag.admin.ch

Bern, 18. Dezember 2017

PARLAMENTERISCHE INITIATIVE STÄRKUNG DER SELBSTVERANTWORTUNG IM KVG (VORENTWURF DER KOMMISSION FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GESUNDHEIT DES NATIONALRATES): VERNEHMLASUNG

Stellungnahme von Inclusion Handicap zur Parlamentarischen Initiative Stärkung der Selbstverantwortung im KVG

Sehr geehrter Herr Bundesrat Cassis

Inclusion Handicap ist der Dachverband der Behindertenorganisationen in der Schweiz und vertritt die Interessen von Menschen mit Behinderungen. Inclusion Handicap hat unter anderem die Aufgabe, die Umsetzung sowie Weiterentwicklung des Behindertengleichstellungsrechts und des Sozialversicherungsrechts zu fördern und so die autonome Lebensführung von Menschen mit Behinderungen in allen Aspekten des täglichen Lebens zu unterstützen. In diesem Rahmen äussern wir uns gerne zur Parlamentarischen Initiative Stärkung der Selbstverantwortung im KVG.

1. Vorgaben des Behindertengleichstellungsrechts

Die **Bundesverfassung** verbietet in Art. 8 Abs. 2 Diskriminierungen wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung. Art. 8 Abs. 4 BV verpflichtet den Gesetzgeber, Massnahmen zur Beseitigung der Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen zu ergreifen. Demnach müssen die in Erarbeitung stehenden oder einer Revision unterliegenden Gesetze sowie Verordnungen immer auch unter dem Aspekt der Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen überprüft werden. Führen sie zu einer direkten oder indirekten Diskriminierung, sind sie mit Art. 8 Abs. 2 BV nicht vereinbar. Den Auftrag



von Art. 8 Abs. 4 BV hat der Bundesgesetzgeber bis jetzt hauptsächlich durch den Erlass des Behindertengleichstellungsgesetzes vom 13. Dezember 2002 (Behindertengleichstellungsgesetz, BehiG; SR 151.3) wahrgenommen, aber auch durch die Verankerung von behindertengleichstellungsrechtlichen Vorschriften in der Spezialgesetzgebung.

Auf völkerrechtlicher Ebene verpflichtet zudem auch die **UNO-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen** (UNO-BRK; SR 0.109) zur Berücksichtigung von deren Anliegen, insbesondere auch im Gesetzgebungsverfahren (Art. 4 Abs. 1 lit. a+b BRK). Relevant im Zusammenhang mit der vorliegenden Vernehmlassung sind insbesondere die **Art. 25 und 26 BRK betreffend Gesundheit, Habilitation und Rehabilitation**. Art. 25 Satz 1 verlangt die Anerkennung des Rechts von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung; Satz 2 enthält die Pflicht der Vertragsstaaten, alle geeigneten Massnahmen zu treffen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten haben, einschliesslich gesundheitlicher Rehabilitation. Gemäss Art. 25 Satz 2 lit. a BRK stellen die Vertragsstaaten Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in der derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen. Art. 25 Satz 2 lit. b BRK verpflichtet die Vertragsstaaten, die Gesundheitsleistungen anzubieten, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden. Art. 25 Satz 2 lit. e BRK stipuliert die Verpflichtung, die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung zu verbieten, und hält fest, dass solche Versicherungen zu fairen und angemessenen Bedingungen anzubieten sind. Nach Art. 26 Abs. 1 BRK schliesslich treffen die Vertragsstaaten wirksame und geeignete Massnahmen, um Menschen mit Behinderung in die Lage zu versetzen, ein Höchstmass an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck werden die Vertragsstaaten verpflichtet, umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, mitunter insbesondere auch auf dem Gebiet der Gesundheit, zu organisieren, stärken und erweitern.

2. Krankenversicherungsschutz und Rechte von Menschen mit Behinderungen

Mit unserer Stellungnahme möchten wir in einem ersten Schritt erneut generell auf die Bedeutung eines angemessenen, diskriminierungsfreien Krankenversicherungsschutzes für Menschen mit Behinderungen aufmerksam machen.

In der Schweiz werden Massnahmen zugunsten von Menschen mit Behinderungen nach wie vor primär als Aufgabe der Invalidenversicherung erachtet. Dementsprechend werden Menschen mit Behinderungen oft mit IV-Bezügerinnen und –Bezügern gleichgesetzt. Dabei gerät die Tatsache aus dem Blick, dass weit mehr Menschen in der Schweiz von einer Behinderung betroffen sind als es IV-RentenbezügerInnen gibt. Gemäss der UNO-BRK gehören zu Menschen mit Behinderungen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der



Gesellschaft hindern können (vgl. Art. 1 Abs. 2 BRK). Somit können insbesondere auch Menschen mit einer chronischen Krankheit, welche sie in ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben einschränkt, von einer Behinderung betroffen sein. Die IV übernimmt medizinische Massnahmen nur bis zum vollendeten 20. Altersjahr; diese müssen ausserdem nicht auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet, sondern unmittelbar wegen der beruflichen Eingliederung notwendig sein und eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit erwarten lassen. Alle übrigen medizinischen Massnahmen fallen grundsätzlich in den Aufgabenbereich der Kranken- und Unfallversicherung.

Die grosse Mehrheit der Menschen mit Behinderungen benötigt mit Blick auf ein erreichbares Höchstmass an persönlicher Gesundheit zuverlässige Diagnosen, regelmässige Untersuchungen, medizinische Eingriffe und dauerhafte Behandlungen u.a. auch mittels Medikation, sowie medizinische Habilitations- und Rehabilitationsleistungen. Ihr Bedarf an qualitativ hochstehenden und erschwinglichen Gesundheitsleistungen ist je nach Behinderung unverschuldeterweise um vieles höher als derjenige von Menschen ohne Behinderungen; von Verschlechterungen im Angebot von Gesundheitsleistungen sind sie demnach übermässig stark betroffen. Ein Krankenversicherungsrecht, das im Lichte der UNO-BRK dem Bedarf von Menschen mit Behinderungen an allgemeinen und spezifischen Gesundheitsleistungen gerecht wird und sie aufgrund ihrer Behinderung nicht benachteiligt, ist für die Betroffenen deshalb von fundamentaler Bedeutung.

Bereits im Rahmen der **Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung bezüglich der Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung** vom 27. Oktober 2017 sowie der **Vernehmlassung zu den Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)** vom 14. Oktober 2016 sowie zur **Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung** vom 21. Juni 2016 äusserte sich Inclusion Handicap zum Risiko einer Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen durch gesetzliche Anpassungen, die eine Gefahr bestimmter Kosten-/ Nutzenabwägungen mit sich brachten bzw. eine pauschale Limitierung von Tarifpositionen im Lichte des Wirtschaftlichkeitsgebots vorsahen.

3. Kritische Würdigung der Vorlage

Auch im Rahmen der durch die parlamentarische Initiative geplanten Änderung des Franchisenmodells erkennt Inclusion Handicap die Gefahr einer **indirekten Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen**.

Mit der 3-jährigen Bindung an die einmal gewählte (hohe) Franchise soll «das Verantwortungsgefühl» der Versicherten bei der Inanspruchnahme von Leistungen geweckt und die Zahl der Konsultationen «wegen Bagatellfällen» gesenkt werden. Wie oben erwähnt ist der **Bedarf** an Gesundheitsleistungen bei Menschen mit Behinderungen häufig **um vieles höher** als derjenige von Menschen ohne Behinderungen. Zudem sind Menschen mit Behinderungen deutlich öfter von Armut betroffen, sodass sie eine einmal gewählte hohe Franchise zugunsten einer tieferen Monatsprämie in Zeiten behinderungsbedingt veränderter medizinischer Bedürfnisse besonders hart treffen. Dabei sind sie auf medizinische



Leistungen im Zusammenhang mit ihrer Beeinträchtigung grösstenteils klar angewiesen und verfügen somit **nicht über eine Wahlfreiheit** bezüglich deren Inanspruchnahme. Häufig erscheinen zudem bei Menschen mit Behinderungen plötzlich auftretende starke Veränderungen oder Verschlimmerungen der Symptome und Krankheiten, die mit der jeweiligen Behinderung zusammenhängen, die jedoch oft nicht vorhersehbar sind. Da nun eine Anpassung des 1-jährigen Franchisenmodells zu einem 3-jährigen Modell für Menschen mit Behinderungen in gleicher Weise wie Menschen ohne Behinderungen zum Tragen käme, welche in der Regel weniger häufig zwingend medizinische Dienstleistungen beanspruchen müssen, die sich zudem unvorhersehbar ändern und sich steigern können, würden Menschen mit Behinderungen durch eine derartige Regelung indirekt benachteiligt.

Wie bereits erwähnt, sind gemäss Bundesamt für Statistik Menschen mit Behinderungen **fast doppelt so oft** (19 Prozent) **von Armut betroffen** als Menschen ohne Behinderungen (11 Prozent). Zwischen 2007 und 2012 **stieg dieser Wert** gar um 5 Prozent, und es ist davon auszugehen, dass dieser Trend in den letzten Jahren anhielt und weiter anhalten wird. Nationalrätin Silvia Schenker reichte hierzu am 28.09.2017 eine Interpellation zuhnden des Bundesrats ein (17.3833: Alarmierende Zunahme der Armutsbetroffenheit von Menschen mit Behinderungen). Von einer 3-jährigen Bindung an die gewählte Franchise wären Menschen mit Behinderungen also auch aufgrund ihrer grösseren Armutsbetroffenheit übermässig stark tangiert, und die oben dargestellte Benachteiligung würde noch eine **klare Verschärfung** erfahren. Bereits jetzt **verzichten Menschen mit Behinderungen** aus finanziellen Gründen bzw. mangelnder Versicherungsdeckung häufiger auf ärztliche Leistungen als Menschen ohne Behinderungen;¹ mit dem vorgeschlagenen 3-jährigen Franchisenmodell würde auch diese mit Art. 25 BRK unvereinbare Situation noch virulenter.

Bereits in der Stellungnahme zur **Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung bezüglich der Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung** vom 27. Oktober 2017 hat Inclusion Handicap ausgeführt, dass der Trend zum **Verursacherprinzip** in der Krankenversicherungsfinanzierung als **äusserst problematisch** erachtet wird. Die in der genannten Stellungnahme geäusserte Befürchtung, dass die Franchisenanpassung einen ersten Schritt zur **Unterminierung des Solidaritätsprinzips** in der Krankenversicherung als fundamentalem Prinzip des Sozialstaats bzw. der Sozialversicherung darstellen könnte, wird **durch die vorliegende parlamentarische Initiative Stärkung der Selbstverantwortung im KVG noch weiter verstärkt**. **Gegen eine solche Entwicklung spricht sich Inclusion Handicap dezidiert aus**, und verweist in diesem Zusammenhang auf die entsprechenden völker- und verfassungsrechtlichen Verpflichtungen.

¹ Siehe hierzu die Angaben des BFS auf <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-menschen-behinderungen/individuelles-wohlbefinden/ge-sundheit.html> (zuletzt besucht am 26.10.2017).



Im Lichte dieser Ausführungen **plädiert Inclusion Handicap dafür, auf die Parlamentarische Initiative Stärkung der Selbstverantwortung im KVG nicht einzugehen.**

Wir danken Ihnen im Voraus für die Prüfung sowie Berücksichtigung unserer Anregungen und stehen Ihnen für weitere Fragen jederzeit sehr gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'R' followed by a horizontal line with a small upward tick at the end.

Ramona Gehrig, Mlaw

Fachmitarbeiterin Recht Gleichstellung

PER E-MAIL

Frau Dominique Marcuard, BAG
Herr Rafael Schläpfer, SGK-N

Ref: dmf

Baden, 11. Dezember 2017

Stellungnahme der Schweizerischen Diabetes-Gesellschaft zur parlamentarischen Initiative 15.468 Stärkung der Selbstverantwortung im KVG

Sehr geehrte Damen und Herren,

Die Schweizerische Diabetes-Gesellschaft ist gegen die Änderung des KVG, wie sie von der parlamentarischen Initiative 15.468 vorgeschlagen wird.

Wie die Kommissionsminderheit festgestellt hat, würde die Verpflichtung, eine hohe Franchise über mehrere Jahre beizubehalten, für Menschen, bei denen in diesem Zeitraum die Diagnose einer oder mehrerer chronischen Krankheiten diagnostiziert würde, ein erhebliches Risiko darstellen.

Die Verhütung von Komplikationen ist „kostenwirksam“, fördern wir lieber diese!

In der Schweiz ist ein Drittel der schweizerischen Bevölkerung von einer oder mehreren chronischen Krankheiten betroffen. Die damit verbundenen Kosten belaufen sich auf ca. 80% der gesamten Gesundheitskosten. Studien über die direkten und indirekten Kosten des Diabetes mellitus Typ 2 zeigen, dass diese Situation vor allem auf Komplikationen zurückzuführen ist, die für zwei Drittel dieser Kosten verantwortlich sind. So ist gemäss evidenzbasierter Empfehlungen die frühzeitige Kostenübernahme einschliesslich Behandlungen, regelmässigen Kontrollen und Hilfe zum Selbstmanagement wirksam und notwendig, um das Komplikationsrisiko zu mindern. Diese Kostenübernahme ist allerdings ziemlich teuer (die jährlichen Zusatzkosten für Diabetes werden auf durchschnittlich CHF 5'600 geschätzt (Huber et al., 2014)). Das Risiko ist gross, dass Patienten, die beginnen müssten, die Kosten bis zur Höhe der Franchise drei Jahre lang aus eigener Tasche zu bezahlen, auf die Therapie verzichten, vor allem, wenn sie in einer schwierigen finanziellen Lage sind. Letztlich könnte diese Massnahme also dazu beitragen, die mit chronischen Krankheiten verbundene finanzielle Belastung eher zu erhöhen als zu reduzieren.

Die Chancenungleichheit in der Gesundheit nicht weiter verschärfen

Auf der Linie der genannten Argumente ist wissenschaftlich erwiesen, dass Menschen aus niedrigen Einkommensschichten stärker von chronischen Krankheiten betroffen sind. „Es gibt bei Diabetes mellitus Typ 2 einen Sozialgradienten, also eine Ungleichheit gegenüber dem Risiko, die Krankheit zu entwickeln. Die Inzidenz von Diabetes – wie im Übrigen auch die von Herz-Kreislauf-erkrankungen und Krebs – ist unter sozioökonomisch schwach gestellten Personen tatsächlich höher. Zu den hohen Therapie-Kosten des Diabetes für das Gesundheitssystem kommen noch die hohen Kosten für die Gesellschaft in Form von erhöhten Ungleichheiten. Eine gute Vorsorge hat den doppelten Vorteil, die Gesundheitsbudgets zu entlasten und die soziale Ungleichheit angesichts der Krankheit zu reduzieren.“ (Jeanrenaud und Dreyer, 2012). Diese Ungleichheit besteht entlang des gesamten Kontinuums: Personen mit einem niedrigen Einkommen sind nicht nur einem erhöhten Risiko ausgesetzt, eine chronische Krankheit zu bekommen, sondern auch dem Risiko, weniger gut betreut und folglich häufiger von Komplikationen und Mortalität in Verbindung mit dieser Krankheit betroffen zu sein. Die Strategie des Bundes Gesundheit2020 wie auch die Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten zeigen diese Problematik und die Notwendigkeit zur Annahme von Massnahmen auf, die auf eine Verringerung der Ungleichheiten zielen. Verschärfen wir nicht das Problem mit einer Massnahme, die zum Gegenteil der erhofften Wirkung führt!

Die erhoffte Einsparung droht auf die Sozialkosten verlagert zu werden

Weil die vorgeschlagene Gesetzesänderung die in sozioökonomischer Hinsicht verletzlichsten Personen zu benachteiligen droht, könnte die mögliche Entlastung der Gesundheitskosten mit einer Verlagerung der Kosten auf die Sozialausgaben einhergehen, nämlich vom Privatsektor (Haushalte) auf den öffentlichen Sektor, also zu Lasten der Gemeinschaft.

Aus den verschiedenen angeführten Gründen ist der von der parlamentarischen Initiative 15.468 eingebrachte Vorschlag nicht nur ungeeignet, um das erwartete Ziel der Bremsung der steigenden Gesundheitskosten zu erreichen, sondern droht im Gegenteil die Kosten einerseits auf die Einzelnen zu verlagern, was die Ungleichheiten verstärkt, und andererseits auf die Gemeinschaft, was die Sozialkosten belastet. Abgesehen davon, dass der Vorschlag den Prioritäten der Politik des Bundes in Sachen öffentliche Gesundheit und dem Solidaritätsprinzip widerspricht, vereitelt er auch die Grundsätze der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Pflege.

Mit bestem Dank für Ihre Aufmerksamkeit und freundlichen Grüßen,



Schweizerische Diabetes-Gesellschaft
Association Suisse du Diabète
Associazione Svizzera per il Diabete

Juan F. Gut
Präsident

Doris Fischer-Taeschler
Geschäftsführerin

Kontakt für Informationen:

Doris Fischer-Taeschler 079 432 71 43
fischer@diabetesschweiz.ch

<<



GROUPE SIDA GENEVE

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

Envoi par courrier électronique :
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch, dm@bag.admin.ch

Genève, le 18 décembre 2017

Procédure de consultation sur l'avant-projet de modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) : 15.468 Initiative parlementaire. LAMal. (Renforcer la responsabilité individuelle).

Monsieur le Président,

Nous vous prions de trouver ci-dessous la prise de position du Groupe sida Genève concernant la consultation ouverte le 18 septembre 2017 par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique sur l'avant-projet de modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) : 15.468 Initiative parlementaire. LAMal. (Renforcer la responsabilité individuelle).

En tant qu'association de lutte contre le VIH/sida, les hépatites virales et les autres infections sexuellement transmissibles (IST) offrant, parmi d'autres services, une permanence juridique gratuite aux personnes séropositives ou affectées par le VIH, nous estimons être dans l'obligation d'attirer votre attention sur l'impact négatif qu'aurait l'avant-projet de modification s'il devait être mis en œuvre.

L'objectif de ces mesures est de contribuer à freiner les hausses des coûts de la santé en encourageant les assuré-e-s à assumer leur responsabilité individuelle par le biais d'une durée minimale de trois ans du contrat d'assurance-maladie avec franchise à option. La possibilité de modifier le montant d'année en année irait à l'encontre du principe de solidarité sur lequel s'appuie la LAMal et la limitation de cette possibilité permettrait « quelque peu d'endiguer l'augmentation des coûts de la santé » selon le rapport de la Commission.¹

Or, le mécanisme de ce projet contraindrait les assuré-e-s aux ressources financières modestes à renoncer plus souvent à consulter un médecin, notamment lorsqu'ils seraient confrontés à un problème de santé grave nécessitant des soins coûteux pendant la durée du contrat avec franchise à option.

¹ Assemblée fédérale – Le Parlement suisse – Curia vista – Initiative parlementaire, 15.468 - LAMal. Renforcer la responsabilité individuelle - Avant-projet et rapport explicatif de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national du 31 août 2017, p. 4.

L'introduction envisagée de contrats pluriannuels imposant de maintenir les franchises élevées pour 3 ans au moins aux assuré-e-s confronté-e-s à un diagnostic de maladie chronique ou grave risquerait de ne leur laisser d'autre choix que d'initier le traitement de manière tardive afin d'éviter des situations de précarité économique.

La renonciation aux soins ou aux médicaments et l'initiation de traitement tardive sont associées à un risque plus élevé de dégradation de l'état de santé des personnes et entraînent des surcoûts pour le système de santé qui auraient été parfaitement évitables.² Cette problématique est particulièrement bien documentée dans le domaine des soins pour l'infection VIH.³

Dans ce contexte, nous tenons à souligner qu'il s'agit déjà d'une réalité inquiétante en Suisse : selon l'Observatoire suisse de la santé, le taux de renonciation à des soins de santé pour des raisons de coûts en Suisse est passé de 10,3% à 22,5% entre 2010 et 2016.⁴ Cette renonciation était clairement associée aux frais personnels des soins que doit supporter la personne.⁵

Ainsi, vouloir renforcer le principe de l'aléa moral, c'est-à-dire encourager l'assuré-e à renoncer aux soins ou aux médicaments pour des questions d'économie ou à les reporter au terme du contrat pluriannuel, aurait non seulement un impact négatif sur la santé de l'assuré-e, mais également sur les coûts ultérieurs pour l'assurance maladie.

Les coûts de la santé, et par conséquent, le montant des primes de l'assurance-maladie sociale s'envolent, et grèvent de plus en plus lourdement le budget domestique des assuré-e-s. Il est donc indispensable de chercher des solutions à l'augmentation des coûts qui minent l'assurance-maladie sociale. Mais ces solutions doivent rester adéquates et efficaces.

En encourageant le recours tardif aux médecins et aux soins de santé, ce projet contribuera au contraire à une explosion des coûts futurs pour les assuré-e-s ayant été contraints d'attendre que des complications s'accumulent avant de consulter.

En résumé, la mesure proposée n'apportera non seulement aucune réduction des coûts de la santé, mais mettra en péril la santé de l'assuré-e ainsi que la santé publique en plus d'augmenter les coûts à charge de l'assurance maladie.

Force est aussi de constater que les différentes mesures envisagées au motif de la « responsabilisation » des assuré-e-s ne sont en vérité qu'un rationnement dissimulé des prestations de l'assurance-maladie sociale pour les personnes atteintes de maladies chroniques ou graves.

Le principe de la participation aux coûts par le biais de la franchise en tant qu'instrument de responsabilisation ne doit pas servir de frein à l'accès au système de santé et aux soins nécessaires.

² Heisler, M., Langa, K. M., Eby, E. L., Fendrick, A. M., Kabeto, M. U., & Piette, J. D. (2004). The health effects of restricting prescription medication use because of cost. *Medical Care*, 42(7), 626-634. Chen, J., Rizzo, J. A., & Rodriguez, H. (2011). The health effects of cost-related treatment delays. *American Journal of Medical Quality*. The health effects of cost-related treatment delays.

³ Voir entre autres : KRENTZ Hartmut B. et GILL M. John, « The Direct Medical Costs of Late Presentation (<350/mm3) of HIV Infection over a 15-Year Period », *AIDS Research and Treatment* 2012, 2012 ; GUARALDI Giovanni, ZONA Stefano, MENOZZI Marianna *et al.*, « Late presentation increases risk and costs of non-infectious comorbidities in people with HIV: an Italian cost impact study », *AIDS Research and Therapy* 14, 16.02.2017; INSIGHT START STUDY GROUP, LUNDGREN Jens D., BABIKER Abdel G. *et al.*, « Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection », *The New England Journal of Medicine* 373 (9), 27.08.2015, pp. 795-807 ; DARLING Katharine Ea, HACHFELD Anna, CAVASSINI Matthias *et al.*, « Late presentation to HIV care despite good access to health services: current epidemiological trends and how to do better », *Swiss Medical Weekly* 146, 2016, p. w14348 ; BUCHER H.C., BISCHOF M., BROGAN A., *et al.* Cost-effectiveness of first-line antiretroviral backbone therapies in combination with efavirenz in HIV-infected patients in Switzerland. *5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention*. 19–22 July 2009, Cape Town, South Africa. Abstract MOPE013

⁴ Clémence Mercay, *Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé : Situation en Suisse et comparaison internationale Analyse de l'International Health Policy Survey 2016 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)*, Observatoire suisse de la santé (Obsan), 2016,

⁵ Bodenmann P, Favrat B, Wolff H, Guessous I, Panese F, *et al.* (2014) Screening Primary-Care Patients Forgoing Health Care for Economic Reasons. *PLoS ONE* 9(4):

Nous nous opposons donc formellement à toute mesure qui ferait porter un fardeau encore plus lourd sur les épaules des assuré-e-s déjà précarisés, notamment ceux et celles atteints de maladies chroniques ou graves nécessitant des traitements coûteux ou continus.

Par conséquent, le Groupe sida Genève prie les membres de la Commission de ne pas entrer en matière sur le projet.

Si la Commission devait néanmoins entrer en matière sur le projet, le Groupe sida Genève soutient la proposition de la minorité d'exempter de la réglementation projetée les assuré-e-s auxquels une maladie grave ou chronique est diagnostiquée, mais le Groupe sida Genève prie la Commission de biffer la partie concernant les coûts supérieurs à leur franchise.

En vous remerciant de bien vouloir prendre en considération nos remarques et requêtes, veuillez croire, Monsieur le Président, à l'assurance de notre considération distinguée.

Groupe sida Genève



Heide Jimenez Dávila
Présidente



STELLUNGNAHME

Zuhanden

KOMMISSION FÜR SOZIALE SICHERHEIT
UND GESUNDHEIT DES NATIONALRATES

&

BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT

betreffend

PA.IV.15.468
STÄRKUNG DER SELBST-
VERANTWORTUNG IM KVG

erstellt von

DEN STUDIERENDEN DER UNIVERSITÄT ZÜRICH
(IM RAHMEN DER VORLESUNG RECHTSETZUNGSLEHRE)
UNTER DER LEITUNG VON
PROF. DR. FELIX UHLMANN



Inhaltsverzeichnis

I.	ALLGEMEINE BEMERKUNGEN	1
II.	ZU DEN EINZELNEN BESTIMMUNGEN	2
1.	Dreijährige Franchisenbindung (Art. 62 Abs. 2 ^{ter} KVG)	2
a)	Risiko für die Versicherten	2
b)	Auswirkungen auf Wahl der Franchise	2
c)	Auswirkungen auf Wahlfreiheit der Versicherten bezüglich Versicherern	3
d)	Auswirkungen auf Selbstverantwortung, Gesundheitskosten und Solidaritätsgedanken	3
e)	Auswirkungen auf Versicherer	4
2.	Ausnahme(n) von der dreijährigen Franchisenbindung (Art. 62 Abs. 2 ^{quater} KVG)	5
3.	Übergangsbestimmungen	6
4.	Fazit zur Vorlage	6
III.	WEITERE BEMERKUNGEN	7



I. ALLGEMEINE BEMERKUNGEN

- 1 Am 18. September 2017 eröffnete die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats die Vernehmlassung über die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Parlamentarische Initiative «Stärkung der Selbstverantwortung im KVG». Gerne möchten wir von der Möglichkeit zur Stellungnahme Gebrauch machen.
- 2 Hintergrund dieser Stellungnahme bildet der im Rahmen der Vorlesung Rechtssetzungslehre durchgeführte Massiv Open Online Course (MOOC-Style-Onlinekurs). Bei dieser Vorlesungsart handelt es sich um eine Verbindung von onlinebasiertem E-Learning und Präsenzunterricht. Im Rahmen dieser Veranstaltung hatten 131 Masterstudierende die Aufgabe, sich zu einem realen Gesetzgebungsvorschlag zu äussern. Die Ihnen vorliegende Stellungnahme bündelt die Aussagen der Studierenden.
- 3 Bitte beachten Sie, dass die in der Stellungnahme vertretene Auffassung nicht notwendigerweise die Auffassung der Unterzeichnenden oder der Universität Zürich wiedergibt.



II. ZU DEN EINZELNEN BESTIMMUNGEN

1. Dreijährige Franchisenbindung (Art. 62 Abs. 2^{ter} KVG)

- 4 *«Schliesst die versicherte Person eine Versicherung in einer besonderen Versicherungsform nach Absatz 2 Buchstabe a ab, so ist sie verpflichtet, diese Versicherungsform mit dem darin festgelegten festen Jahresbeitrag (Franchise) während der auf den Abschluss der Versicherung folgenden drei Kalenderjahren zu behalten. Wechselt sie den Versicherer nach Artikel 7 Absatz 2, 3 oder 4, so muss sie sich bei einem Versicherer versichern, der dieselbe besondere Versicherungsform mit der gleichen Franchise anbietet. Der bisherige Versicherer teilt dem neuen Versicherer die Franchise der versicherten Person und den Zeitpunkt, seit dem diese Franchise gilt, mit.»*

a) Risiko für die Versicherten

- 5 Die meisten Studierenden erachten die dreijährige Bindung an eine Wahlfranchise – in Übereinstimmung mit dem Minderheitsantrag auf Nichteintreten auf die Vorlage – als erhebliches Risiko. Die Versicherten würden dazu gezwungen ihren Gesundheitszustand und ihre finanziellen Verhältnisse für die kommenden drei Jahre einzuschätzen, was faktisch nicht möglich sei. Den Versicherten werde des Weiteren ein hohes Risiko aufgebunden, ohne dass diese im Gegenzug von höheren Prämienrabatten profitieren. Entsprechend sei zumindest ein Prämienrabatt für die dreijährige Bindung vorzusehen. Um die Risiken für die Versicherten zu minimieren, schlagen einige Studierende vor, die Bindung an Wahlfranchisen auf zwei Jahre herabzusetzen.
- 6 Einige Studierende erachten das finanzielle Risiko einer dreijährigen Bindung an die Wahlfranchise als nicht sehr hoch, da die Mehrkosten aufgrund der dreijährigen Bindungsfrist gemäss dem erläuternden Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates bei einer Wahlfranchise von CHF 2500, falls der maximale Selbstbehalt erreicht und eine Erkrankung im ersten Jahr eintreten würde, maximal CHF 1320 betragen würden.

b) Auswirkungen auf Wahl der Franchise

- 7 Der Grossteil der Studierenden geht davon aus, dass die dreijährige Bindung bei Wahlfranchisen vermehrt zu einem Wechsel von hohen Franchisen zur ordentlichen Franchise führen wird, weil das Risiko einer dreijährigen Bindung – angesichts der Unmöglichkeit den Gesundheitszustand und die finanziellen Verhältnisse über einen so langen Zeitraum vor auszusehen – als zu hoch eingeschätzt wird.

c) Auswirkungen auf Wahlfreiheit der Versicherten bezüglich Versicherern

- 8 Die überwiegende Mehrheit der Studierenden geht – in Übereinstimmung mit dem Minderheitsantrag auf Nichteintreten auf die Vorlage – von einem übermässigen bzw. unverhältnismässigen Eingriff in die Wahlfreiheit der Versicherten aus. Der Zugang zu anderen Versicherern, welche nicht die gleiche Franchise anbieten, bleibt den Versicherten verwehrt. Dies sei dann problematisch wenn die Konditionen bzw. die Prämien des angestammten Versicherers gegenüber denjenigen von anderen Versicherern für die Versicherten unvorteilhaft seien. Die Minderheit der Studierenden verneint einen übermässigen bzw. unverhältnismässigen Eingriff in die Wahlfreiheit bzw. geht davon aus, dass eine entsprechende Einschränkung zur Erreichung der verfolgten Ziele geeignet, erforderlich und zumutbar ist.

d) Auswirkungen auf Selbstverantwortung, Gesundheitskosten und Solidaritätsgedanken

- 9 Hinsichtlich des Effekts der vorgesehenen dreijährigen Bindung bei Wahlfranchisen auf die Selbstverantwortung der Versicherten sind die Studierenden geteilter Meinung. Viele Studierende erwarten einen positiven Effekt auf die Selbstverantwortung, indem die Versicherten gezwungen werden, ihre Risiken über einen längeren Zeitraum einzuschätzen. Andere sind der Ansicht, eine entsprechende Abschätzung über einen so langen Zeitraum sei gar nicht möglich, weswegen Personen mit einer Wahlfranchise vermehrt auf die ordentliche Franchise wechseln würden und dadurch gerade keine Stärkung der Selbstverantwortung zu erwarten sei. Einige Studierende sind auch der Ansicht, dass das opportunistische Senken und Erhöhen von Franchisen mit einer dreijährigen Franchisenbindung nicht unterbunden und die Selbstverantwortung damit nicht gestärkt werde, weil medizinische Eingriffe auch bis zum Ablauf der entsprechenden Frist hinausgeschoben werden können.
- 10 Der im erläuternden Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates angesprochene positive Effekt auf die Senkung der Gesundheitskosten wird von vielen Studierenden bezweifelt. Die dreijährige Bindung könnte dazu führen, dass die Versicherten notwendige Leistungen nicht in Anspruch nehmen, was auf lange Sicht zu einem erhöhten Behandlungsbedarf und Kosten wegen verschlechtertem Gesundheitszustand führen kann. Auch könnte die dreijährige Bindung zu einer vermehrten Inanspruchnahme von Sozialhilfe und Ergänzungsleistungen führen. Auch werde der zu befürchtende

Wechsel vieler Versicherter zur ordentlichen Franchise dazu führen, dass vermehrt Leistungen bei Bagatellfällen bezogen werden, was ebenfalls zu einer Erhöhung der Gesundheitskosten führen werde. Einige Studierende erwarten indessen – aufgrund des angenommenen Wechsels vieler Versicherter in die ordentliche Franchise bzw. in eine tiefere Franchisenstufe – eine Senkung des Prämienniveaus.

- 11 Einige Studierenden gehen von einem positiven Effekt auf die Stärkung des Solidaritätsgedankens aus. Der Grossteil der Studierenden weist aber darauf hin, dass die Stärkung der Selbstverantwortung bzw. die dreijährige Bindung ohne Möglichkeit zur Anpassung der Franchise und das dadurch den Versicherten überbundene Risiko dem Solidaritätsgedanken widerspricht. Einige Studierende weisen auch darauf hin, dass (gesunde) Versicherte, welche grundsätzlich hohe Franchisen wählen würden, aufgrund des hohen Risikos aber auf die ordentliche Franchise wechseln, einen ihren Umständen entsprechend zu hohen Solidaritätsbeitrag leisten werden.

e) Auswirkungen auf Versicherer

- 12 Bezüglich der Auswirkungen auf die unternehmerische Freiheit der Krankenversicherer sind die Studierenden geteilter Auffassung. Nach Ansicht der einen Hälfte bleibt die unternehmerische Freiheit der Krankenversicherer – in Übereinstimmung mit dem erläuternden Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates – gewährleistet, weil sie weiterhin frei entschieden können, ob sie besondere Versicherungsformen bzw. entsprechende Versicherungsmodelle anbieten wollen oder nicht. Die andere Hälfte geht von einer faktischen Einschränkung aus, weil die Krankenversicherer, um alle wechselwilligen Versicherten aufnehmen zu können – und damit wettbewerbsfähig zu bleiben – alle gesetzlich vorgesehenen Wahlfranchisen anbieten müssen.
- 13 Die meisten Studierenden gehen – in Übereinstimmung mit dem Minderheitsantrag auf Nichteintreten auf die Vorlage – von einer Einschränkung des Wettbewerbs unter den Krankenversicherern aus. Dies führe indessen – in Übereinstimmung mit dem erläuternden Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates – auch zu einer beruhigenden Wirkung im Wettbewerb, was auch im Interesse der Versicherten liege, zumal der Wettbewerb unter den Versicherten heute ein unangenehmes Ausmass erlangt habe. Nur wenige Studierende gehen davon aus, dass die vorgesehene Änderung

nicht zu einer Einschränkung des Wettbewerbs führen werde. Dies mit der Begründung, es stehe den Versicherten frei, zu einem anderen Versicherer mit tieferen Prämien zu wechseln. Die Prämien seien ein sehr gewichtiges Kriterium bei der Wahl des Versicherers. Eine Beruhigung des Wettbewerbs werde nach Ansicht dieser Studierenden nicht eintreten, da weiterhin ein Wechsel des Versicherers möglich sei.

2. Ausnahme(n) von der dreijährigen Franchisenbindung (Art. 62 Abs. 2^{quater} KVG)

- 14 *«Versicherte, die das 18. Altersjahr vollenden, können auf den Beginn des folgenden Kalenderjahres auf eine Versicherung in einer besonderen Versicherungsform nach Absatz 2 Buchstabe a verzichten oder eine solche Versicherung mit einer anderen Franchise abschliessen.»*
- 15 Minderheit:
«Folgende Versicherte können auf den Beginn des folgenden Kalenderjahres auf eine Versicherung in einer besonderen Versicherungsform nach Absatz 2 Buchstabe a verzichten oder eine solche Versicherung mit einer anderen Franchise abschliessen:
- a. Versicherte, die das 18. Altersjahr vollenden;
 - b. Versicherte, bei denen eine schwere oder chronische Krankheit diagnostiziert wird, die voraussichtlich Kosten verursacht, die höher als die Franchise der versicherten Person sind.»
- 16 Alle Studierenden, die sich zu diesem Punkt geäußert haben, erachten eine Ausnahme für Personen, welche das 18. Altersjahr vollendet haben, als sinnvoll. Vereinzelt wurde auch darauf hingewiesen, dass eine entsprechende Ausnahme auch für den Fall vorzusehen sei, dass eine Versicherung tiefere Prämien für junge Erwachsene bis zur Vollendung des 25. Altersjahrs vorsieht.
- 17 Die grosse Mehrheit der Studierenden bevorzugt den Minderheitsantrag zu Art. 62 Abs. 2^{quater} KVG. Viele Studierende sprechen sich zwar insgesamt gegen eine Änderung des KVG aus, bevorzugen für den Fall einer Revision indessen den Minderheitsantrag. Die dreijährige Bindung an die Wahlfranchisen stelle für Personen, die in dieser Zeit in gesundheitliche oder finanzielle Schwierigkeiten geraten oder gesundheitliche, finanzielle oder private Veränderungen durchleben, ein erhebliches finanzielles Risiko dar. Ziel der Vorlage ist es, zu verhindern, dass Versicherte mit einem planbaren medizinischen Eingriff abwarten, um vorher in ein Versicherungsmodell mit niedriger Franchise zu wechseln. In den Fällen des Minderheitsantrags zu Art. 62 Abs. 2^{quater} KVG liegt aber gerade

kein planbarer Eingriff vor. Das Absehen von entsprechenden Ausnahmen widerspreche dem Solidaritätsgedanken des KVG. In diesem Zusammenhang sprechen sich auch viele Studierende dafür aus, dass Art. 62 Abs. 2^{quater} KVG zu wenig weit gehe. Für vergleichbare nicht vorhersehbare Fälle (insbesondere finanzielle Schwierigkeiten), müsste ein weiterer Auffangtatbestand in einer neuen lit. c vorgesehen werden, um der zuständigen Behörde die Würdigung im Einzelfall zu ermöglichen. Einige Studierenden lehnen jedoch den Minderheitsantrag mit der Begründung ab, dieser führe zu einer Schwächung der Selbstverantwortung und stehe damit dem mit der Vorlage verfolgten Zweck entgegen.

- 18 Der Grossteil der Studierenden erachtet jedoch Art. 62 Abs. 2^{quater} lit. b KVG als sehr auslegungsbedürftig; insbesondere die unbestimmten Rechtsbegriffe «schwere bzw. chronischer Krankheit» seien problematisch und führen zu Rechtsunsicherheit. Einige Studierende fänden eine exemplifikatorische Aufzählung hilfreich. Fraglich ist auch, wer darüber entscheidet, ob eine schwere oder chronische Krankheit vorliegt.

3. Übergangsbestimmungen

- 19 Viele Studierende erachten das Unterstellen von Versicherten, welche die Erklärung der Weiterführung einer Wahlfranchise versäumen, unter die ordentliche Franchise als sinnvoll. Die entsprechenden Personen können im darauffolgenden Jahr eine höhere Franchise wählen. Einige Studierende erachten diese Zuteilung zur ordentlichen Franchise indessen als nicht angebracht, da sie zu höheren Prämien für die Versicherten führt. Viele Personen werden im Hinblick auf die Wahlmöglichkeit gemäss den Übergangsbestimmungen untätig bleiben, weil sie die vorgesehenen Änderungen nicht verstehen oder nicht zur Kenntnis nehmen. Im Sinne einer vermittelnden Lösung wird vorgeschlagen, den Versicherten die Möglichkeit einzuräumen, innerhalb einer bestimmten Frist nach Erhalt der ersten Prämienrechnung nach der Zuteilung zur ordentlichen Franchise zu einer Wahlfranchise wechseln zu können.

4. Fazit zur Vorlage

- 20 Die meisten Studierenden sprechen sich gegen eine Revision des KVG in der vorgesehenen Form aus, weil sie die gewünschten Ziele nicht zu erreichen vermag bzw. zu unerwünschten Ergebnissen führen wird. Aufgrund der relativ geringen Einsparungen – prognostiziert sind Einsparungen über ca. 5 Mio CHF,

was 75 Rappen pro versicherte Person und Jahr entspricht – sei die Norm unnötig bzw. unverhältnismässig. Des Weiteren senken auch lediglich etwa 0,17 Prozent aller Versicherten (bzw. 0,4 Prozent der Versicherten mit Wahlfranchisen) ihre Franchise vorübergehend. Aus diesem Grund bestehe auch gar kein Regelungsbedarf. Diejenigen Studierenden, die mit einer Revision in der vorgesehenen Form einverstanden sind, sprechen sich überwiegend für den Minderheitsantrag zu Art. 62 Abs. 2^{quater} KVG aus. Viele Studierende gehen auch davon aus, dass ausschliesslich die Versicherer von den vorgesehenen Änderungen profitieren.

III. WEITERE BEMERKUNGEN

- 21 Auch zur Rechtsetzungstechnik wurde oftmals Stellung genommen. Die meisten Studierenden finden die Normen gut lesbar und verständlich geschrieben sowie adressatengerecht. Nur wenige Studierende finden die Normen schwer verständlich bzw. sprachlich zu kompliziert formuliert und verschachtelt aufgebaut. Viele Studierende sind indessen der Auffassung, die Verweise in Art. 62 Abs. 2^{ter} und Abs. 2^{quater} KVG erschweren die Verständlichkeit der Normen, zumal in den Verweisnormen, beispielsweise in Art. 62 Abs. 2 lit. a, wiederum auf eine andere Norm verwiesen wird.
- 22 Die meisten Studierenden fänden auch eine Aufspaltung des Inhalts von Art. 62 Abs. 2^{ter} KVG in mehrere Absätze oder Artikel (neuer Artikel 62a KVG) sinnvoll. Nach der Eugen-Huber-Regel sollte ein Absatz nicht mehr als eine Aussage bzw. einen Satz enthalten. Art. 62 Abs. 2^{ter} KVG enthält drei normative Aussagen – zwei richten sich an den Versicherten (Art. 64 Abs 2^{ter} Satz. 1 und 2) und eine an den Versicherer (Art. 64 Abs 2^{ter} Satz 3). Zumindest der letzte Satz sollte in einem eigenen Absatz oder Artikel geregelt werden, da er sich im Gegensatz zu den zwei anderen Sätzen nicht an die Versicherten richtet, sondern an die Versicherer. Dies würde der Übersichtlichkeit gut tun. Die meisten Studierenden sind auch der Auffassung, dass Art. 62 KVG durch das Einfügen von zwei neuen Absätzen zu lang und unübersichtlich bzw. unüberschaubar wird.
- 23 Bezüglich der systematischen Einordnung von Art. 62 Abs. 2^{ter} und Abs. 2^{quater} KVG sind die Studierenden geteilter Auffassung. Mehrere Studierende erachtet die systematische Einordnung von Art. 62 Abs. 2^{ter} und Abs. 2^{quater} KVG als korrekt und logisch. Andere sind der Ansicht, Art. 62 Abs. 2^{ter} und Abs. 2^{quater} KVG müssten systematisch bei Art. 7 KVG angesiedelt werden, weil sehr viele Personen in einer besonderen Versicherungsform versichert sind und die Normen

somit eine hohe Bedeutung haben. Nur wenige Studierende sprechen sich für eine systematische Einordnung im Abschnitt « Kostenbeteiligung» aus. Sie argumentieren dahingehend, dass die beiden neu einzufügenden Absätze ihren Regelungsschwerpunkt auf die Franchise und die Bindung des Versicherten an eine gewählte Franchise auf drei Jahre legen.

- 24 Bemängelt wird von den meisten Studierenden die systematische Einordnung der Definition von «Franchise» im Abschnitt «Prämien der Versicherten». Die Definition sei für den Rechtsanwender dort kaum auffindbar. Vielmehr müsse die Definition – wie bis anhin – im Abschnitt « Kostenbeteiligung» enthalten sein. Vereinzelt wird auch die Meinung vertreten, die Definition von Franchise sei besser in den allgemeinen Bestimmungen des KVG bzw. in KVG 7/7a vorzunehmen. Nur sehr wenige Studierende erachten die systematische Einordnung der Definition von «Franchise» am richtigen Ort. Vereinzelt wird die Ansicht vertreten, die Begrifflichkeiten am Anfang des entsprechenden Abschnitts einzuführen bzw. zu erklären.
- 25 Auch zur Normstufe haben die Studierenden oftmals Stellung genommen. Die meisten Studierenden erachten die Einführung der vorgeschlagenen Änderungen auf Gesetzesstufe als korrekt, da viele Personen betroffen sind und die Regelung grosse finanzielle Auswirkungen hat. Auch sei eine geringe Akzeptanz in der Bevölkerung zu erwarten, insbesondere vor dem Hintergrund dass ähnliche Initiativen bereits deutlich abgelehnt wurden. Auch dies spreche für eine Regelung auf Gesetzesstufe. Einige Studierende würden indessen eine Regelung auf Verordnungsstufe vorziehen, um die Bestimmungen rascher anpassen zu können, sollten sie nicht die gewünschten Wirkungen erzielen. Die Studierenden weisen auch darauf hin, dass der Wechsel von besonderen Versicherungsformen nach geltendem Recht im KVV geregelt wird; die neue Regelung müsse daher folgerichtig auch im KVV erfolgen.



Für die Berücksichtigung dieser Vernehmlassung danken wir im Namen der Studierenden bestens.

Wir verbleiben mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Felix Uhlmann

MLaw Oliver Schmid

MLaw Adrian Boxler