

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

Stellungnahme von

Name / Organisation : Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften

Abkürzung der Organisation : SAMW

Adresse : Laupenstrasse 7, 3001 Bern

Kontaktperson : Thomas Gruberski

Telefon : 031 306 92 77

E-Mail : t.gruberski@samw.ch

Datum : 06.10.2020

Wichtige Hinweise:

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

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

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

Inhaltsverzeichnis

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

Allgemeine Bemerkungen

Name	Bemerkung/Anregung
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	Die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW hat sich mit Stellungnahme vom 24. Februar 2020 zur Thematik «Schwarze Listen» geäußert. An dieser Stelle sei auf diese Publikation verwiesen (https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Leistungssperren.html). Die SAMW begrüsst die im Vorentwurf der SGK-S vorgeschlagenen Änderungen: Sog. «schwarze Listen» haben sich in der Praxis nicht bewährt; sie sind mit den ethischen Prinzipien der Fürsorge und Gerechtigkeit nicht vereinbar und stellen kein adäquates Mittel dar, um die Zahlungsmoral zu verbessern.
	Das Bestreben, eine disziplinübergreifende schweizweite Definition des Notfallbegriffs zu schaffen, ist grundsätzlich zu begrüßen; die SAMW ist allerdings skeptisch bzgl. der Frage, ob es gelingen wird, dass der Begriff im Sinne einer <i>unité de doctrine</i> in der ganzen Schweiz Anwendung findet.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	61a	1		Die vorgeschlagene Änderung, wonach junge Erwachsene nicht mehr für Prämien und Kostenbeteiligungen belangt werden können, die während ihrer Minderjährigkeit angefallen sind, verdient Zustimmung. Diese besonders vulnerable Personengruppe trägt für die Versäumnisse der gesetzlichen Vertretung keine Verantwortung.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					

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

Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
---	--	--	--	--	--

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			

Hugo Fasel
Direktor Caritas Schweiz
hfasel@caritas.ch
041 419 22 18

Ständerat
Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit
Kommissionspräsident Paul Rechsteiner
3003 Bern

Luzern, 5. Oktober 2020

Vernehmlassung der SGK-S zur Standesinitiative (16.312)

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident,
sehr geehrte Damen und Herren

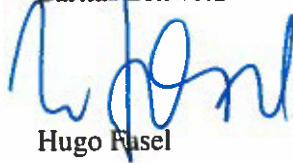
Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zum Vorentwurf bezüglich der geplanten Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) Stellung nehmen zu dürfen. Wir begrüssen es, dass das Verfahren bei Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen umfassend verbessert werden soll. Gerne stellen wir Ihnen hiermit unsere Stellungnahme zu und bitten Sie, unsere Einwände und Vorschläge zu berücksichtigen.

Caritas Schweiz ist seit Jahren im Bereich der Schuldenberatung und -prävention tätig und verfügt entsprechend über eine hohe Kompetenz auf diesem Gebiet. Die Fachstelle Schuldenberatung betreut jährlich eine Vielzahl an Fällen im Zusammenhang mit juristischen Fragen rund um die obligatorische Krankenversicherung.

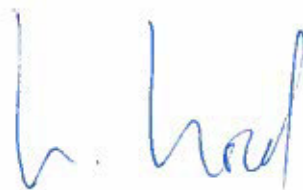
Bei Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Caritas Schweiz



Hugo Fasel
Direktor Caritas Schweiz



Isabelle Nold
Fachgebietsleiterin «Schuldenberatung»

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

Stellungnahme von

Name / Organisation : Caritas Schweiz

Abkürzung der Organisation : CA CH

Adresse : Adligenswilerstrasse 15

Kontaktperson : Claudia Odermatt

Telefon : 041 419 23 02

E-Mail : codermatt@caritas.ch

Datum : 05. Oktober 2020

Wichtige Hinweise:

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

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

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

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	2
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	3
Weitere Vorschläge	16

Allgemeine Bemerkungen	
Name	Bemerkung/Anregung
Caritas Schweiz	Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zu den geplanten Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) Stellung nehmen zu können. Wir begrüßen das Vorhaben des Gesetzgebers sehr, das Verfahren bei Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen umfassend zu verbessern. Gerne lassen wir Ihnen im Folgenden unsere begründete Stellungnahme zukommen und bitten Sie, unsere Einwände und Vorschläge zu berücksichtigen.
Caritas Schweiz	Caritas Schweiz ist seit Jahren im Bereich der Schuldenberatung und -prävention tätig und verfügt entsprechend über eine hohe Kompetenz auf diesem Gebiet. Die Fachstelle Schuldenberatung betreut jährlich eine Vielzahl an Fällen im Zusammenhang mit juristischen Fragen rund um die obligatorische Krankenversicherung. Die Krankenkassenprämien steigen von Jahr zu Jahr und immer mehr Menschen haben grosse Mühe, ihre Prämien zu bezahlen. Verstärkt wird diese Problematik in vielen Kantonen durch die Kürzung oder ungenügende Erhöhung der Prämienverbilligungen aufgrund von Sparmassnahmen.¹ Krankenkassenausstände stehen mittlerweile gemäss Bundesamt für Statistik an zweiter Stelle der Schuldenarten nach den Steuerschulden. Die Bedeutung der Krankenkassenschulden zeigt sich auch in der Statistik der Schuldenberatung Schweiz, dem Dachverband der Schweizer Schuldenberatungsstellen. 2017 hatten 62% aller Personen, die bei einer Schuldenberatungsstelle Unterstützung suchten (n=4695), Schulden bei

¹ Caritas Schweiz, 2018, Beunruhigende Ergebnisse zur kantonalen Praxis der Prämienverbilligung, URL: https://www.caritas.ch/fileadmin/user_upload/Caritas_Schweiz/data/site/was-wir-sagen/unsere-position/statements-und-vernehmlassungen/statement_krankenkassen_armut_jucker.pdf.

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht) Vernehmlassungsverfahren

	ihrer Krankenversicherung. Sowohl der Anteil der überschuldeten Haushalte mit Ausständen bei den Krankenkassen als auch der Umfang dieser Schulden haben in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Wenn Krankenkassenausstände nicht bezahlt werden, führt dies zu Betreibungen. Bis zur vollständigen Bezahlung der Ausstände lebt die betriebene Person mit dem betriebsrechtlichen Existenzminimum. Die Prämien bei vorgängiger Nichtbezahlung werden in der Berechnung des Existenzminimums nicht berücksichtigt. Meistens hat dies ungewollt eine weitere Verschuldung zur Folge. Zugleich erschweren Betreibungsregistereinträge die Wohnungs- und Stellensuche erheblich. Müssen betroffene Personen über längere Zeit mit dem Existenzminimum sowie mit Schulden leben, wächst die Belastung. Dies kann Probleme mit der Gesundheit, Arbeit oder Familie verursachen, oder bestehende Probleme verstärken.² Dadurch wird auch die öffentliche Hand in Form von höheren Sozial- und Gesundheitskosten belastet. Die Kosten der Krankenversicherung sind heute ein bedeutender Aspekt innerhalb der Überschuldungsproblematik und belasten auch die öffentliche Hand. Es ist notwendig, die zahlreichen Problemfelder der Krankenversicherung an die Hand zu nehmen sowie sozial und finanziell nachhaltige Lösungen auszuarbeiten. Dies wird mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf zum KVG für gewisse Themen getan.
--	---

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Caritas Schweiz	3	1 / 1 ^{bis}		Die Schuldenberatungsstellen beraten immer wieder junge Erwachsene, die dafür belangt werden, dass ihre Eltern die Prämien nicht bezahlt haben und die so unverschuldet mit Krankenkassenschulden konfrontiert sind.	1 ^{ter} Volljährige Personen mit Wohnsitz in der Schweiz, die noch keine angemessene Ausbildung abgeschlossen haben und bei denen die Eltern für ihren Unterhalt aufkommen müssen, müssen innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme in der Schweiz von den

² Caritas Schweiz, Positionspapier, Wenn Schulden die Existenz bedrohen, September 2013, S. 6 ff., URL:
https://www.caritas.ch/fileadmin/user_upload/Caritas_Schweiz/data/site/was-wir-sagen/unsere-position/positionspapiere/2014-und-aelter/PP_Schulden_D_Internet.pdf.

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

			Caritas Schweiz begrüsst daher sehr, dass die Inhaber der elterlichen Sorge oder der Vormund die obligatorische Krankenkassenversicherung in ihrem Namen für die in ihrer Obhut stehende minderjährige Person abschliessen und folglich Schuldnerin und Schuldner der Prämien sind. Aus Sicht der Caritas sollte diese Bestimmung jedoch ebenfalls für volljährige Jugendliche gelten, solange sie noch keine angemessene Ausbildung abgeschlossen haben und die Eltern zum Unterhalt verpflichtet sind. Viele Jugendliche sind auch nach der Volljährigkeit noch in Ausbildung und verfügen meist über kein oder nur ein geringes Einkommen. Die Eltern sind in diesen Fällen, soweit es ihnen zumutbar ist, noch zum Unterhalt verpflichtet (Art. 277 Abs. 2 ZGB). Die Erfahrungen zeigen, dass die Eltern in solchen Situationen meist die administrativen Angelegenheiten für das volljährige Kind weiterführen. Selbst wenn das volljährige Kind realisiert, dass die Eltern die Prämien nicht bezahlen, wird es wohl kaum rechtliche Schritte gegen sie erheben. Die Folgen einer Betreibung sind für die Betroffenen einschneidend, wie dies bereits in den vorangehenden allgemeinen Bemerkungen aufgezeigt wurde. Selbst wenn eine Vereinbarung	Eltern für Krankenpflege versichert werden. Hat die volljährige Person noch keine angemessene Ausbildung abgeschlossen, wird die Unterhaltspflicht der Eltern vermutet.
--	--	--	--	--

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

				auf Ratenzahlungen mit der Krankenkasse getroffen werden kann und auf eine Betreuung verzichtet wird, ändert dies nichts an der Tatsache, dass junge Menschen über längere Zeit Rückzahlungen für Schulden, die sie nicht zu verantworten haben, an die Krankenkasse leisten müssen. Mit oder ohne Betreuung ist dies nicht nur eine finanzielle, sondern auch eine enorme psychische Belastung. Junge Erwachsene in Ausbildung müssen daher ebenfalls vor einer unverschuldeten Verschuldung geschützt werden.	
Caritas Schweiz	5	2		Diese Änderung sollte ebenfalls auf volljährige Jugendliche für die Zeit Anwendung finden, in der sie noch keine angemessene Ausbildung abgeschlossen haben und die Eltern zum Unterhalt verpflichtet sind (Verweis auf die vorangehenden Ausführungen zu Art. 3).	
Caritas Schweiz	61a	1		Diese Änderung sollte ebenfalls auf volljährige Jugendliche für die Zeit Anwendung finden, in der sie noch keine angemessene Ausbildung abgeschlossen haben und die Eltern zum Unterhalt verpflichtet sind (Verweis auf die vorangehenden Ausführungen zu Art. 3).	

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

Caritas Schweiz	61a	2		Caritas Schweiz begrüsst diese Bestimmung.	
Caritas Schweiz	64	1 ^{bis}		Diese Änderung sollte ebenfalls auf volljährige Jugendliche für die Zeit Anwendung finden, in der sie noch keine angemessene Ausbildung abgeschlossen haben und die Eltern zum Unterhalt verpflichtet sind (Verweis auf die vorangehenden Ausführungen zu Art. 3).	
Caritas Schweiz	64a	1 ^{bis}		Diese Änderung sollte ebenfalls auf volljährige Jugendliche für die Zeit Anwendung finden, in der sie noch keine angemessene Ausbildung abgeschlossen haben und die Eltern zum Unterhalt verpflichtet sind (Verweis auf die vorangehenden Ausführungen zu Art. 3).	
Caritas Schweiz	64a	2		Caritas Schweiz befürwortet die Limitierung der Betreibungen. Zugleich muss jedoch angefügt werden, dass es unabhängig von der Anzahl der Betreibungen immer wieder vorkommt, dass zu hohe Bearbeitungsgebühren erhoben werden und diese entgegen dem Grundsatz der Angemessenheit und dem Äquivalenzprinzip nicht in vernünftigen Grenzen gehalten werden. So hält die Konferenz für Stadtammänner von Zürich in ihrer	

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

				Medienorientierung vom 19. April 2016 fest: «Die Bearbeitungsgebühren, welche [...] zuzüglich zu den betriebenen Krankenkassenprämien geltend gemacht werden können, wurden in den letzten Jahren erheblich erhöht – teilweise werden sogar exorbitante Nebenforderungen geltend gemacht, welche entgegen der einschlägigen bundesgerichtlichen Rechtsprechung offensichtlich unangemessen sind und sich nicht mehr in einem vernünftigen Verhältnis zum effektiven Prämienausstand bewegen. [...]». Abgesehen von der Unzulässigkeit tragen die zu hohen Gebühren dazu bei, dass es für die versicherte Person noch schwieriger wird, die Ausstände begleichen zu können. Es sollte daher auch bezüglich der Gebührenhöhe eine gesetzliche Grenze festgelegt werden.	
Caritas Schweiz	64a	4		Die Krankenkassen erhalten für die Verlustscheinforderungen 85% von den Kantonen. Bei einer 100-Prozentigen Eintreibung der Forderung müssen die Versicherer den Kantonen nur 50% zurückerstatten. Daraus resultiert für die Versicherer ein Gewinn von 35%, was mit den	

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

				entstandenen Inkassokosten gerechtfertigt wird.³ Diese Begründung erscheint jedoch wenig stichhaltig, werden dafür bereits Mahn- und Bearbeitungsgebühren erhoben. Es ist absolut unverständlich, dass die Krankenkassen aufgrund von nicht bezahlten Prämien auf Kosten der öffentlichen Hand bzw. der Steuerzahlenden 35% Gewinn machen. Caritas Schweiz vertritt die Ansicht, dass es keine Alternative geben und die Verlustscheine nur von den Kantonen bewirtschaftet werden sollten. Bezüglich dieses Absatzes wird noch auf die nachfolgenden Ausführungen bei «weitere Vorschläge» hingewiesen.	
Caritas Schweiz	64a	5		Grundsätzlich begrüsst Caritas Schweiz diesen neuen Absatz, insbesondere die daraus resultierende Möglichkeit den Versicherer wechseln zu können. Ein Versichertenwechsel trotz Prämienausstände sollte jedoch immer möglich sein (Verweis auf die nachfolgenden Ausführungen zu Art. 64a Abs. 6).	

³ BBI 2009 6617 6622; Eugster, Krankenversicherung, RN 1330 in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, soziale Sicherheit, 3. Aufl., Basel 2016.

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

Caritas Schweiz	64a	6		Das Wechselverbot bei Prämienausständen soll verhindern, dass mehrere Versicherer gegen dieselbe Person vorgehen müssen und es soll einen Anreiz schaffen, dass die Prämien bezahlt werden. Mit dieser Argumentation wird davon ausgegangen, dass die versicherten Personen a) auch nach einem Wechsel des Versicherers die Krankenkassenprämien nicht bezahlen werden und b) die Prämien bezahlen könnten, wenn sie wollten. Wie eingangs ausgeführt, wird es aber für immer mehr Menschen schwieriger, die Krankenkassenprämien zu bezahlen. Das Bezahlen von Prämien ist keine Frage des Wollens, sondern des Könnens. Durch das Wechselverbot wird zudem verhindert, dass die betreffende Person zu einer günstigeren Krankenkassenversicherung wechseln kann. Dabei würde dieser Schritt vielen betroffenen Personen ermöglichen, die Prämien wieder bezahlen zu können. Durch hohe Prämien kann ein Haushaltsbudget stark belastet werden. Kommt dann z.B. noch der Verlust der Arbeit, eine Krankheit oder Scheidung dazu, reichen die Einnahmen oft nicht mehr zur Deckung der Ausgaben. Ein Wechsel in eine günstigere Versicherung trotz Ausständen	Aufhebung dieses Absatzes
-----------------	-----	---	--	---	---------------------------

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

				könnte in dieser Situation eine einfache Massnahme sein, um (weitere) Verschuldung zu vermeiden. Für die generelle Aufhebung des Wechselverbots trotz Prämienausständen sprechen auch die Fälle von Doppelversicherungen. Obwohl die Rechtslage klar ist und Doppelversicherungen in der obligatorischen Krankenversicherung verboten sind, kommt es in der Praxis immer wieder vor, dass Personen bei zwei Krankenkassen grundversichert sind. Der Bundesrat spricht von einigen Tausend im Jahr 2017 (Interpellation, 19.3841). Für die betroffenen Versicherten ist es über kurz oder lang nicht möglich, beide Prämien zu bezahlen, was zu Ausständen und zu Betreibungen führt. Gemäss den Erfahrungen der Schuldenberatungen verstreicht oft sehr viel Zeit, bis es zu einer Auflösung der einen Krankenversicherung kommt. Für die Personen selbst ist es schwierig, eine Auflösung bzw. Rückabwicklung zu erreichen. Die Inanspruchnahme einer Schuldenberatung erfolgt ferner, wenn überhaupt, meist sehr spät, wenn die Überschuldung schon weit fortgeschritten ist (Gemäss Statistik der Schuldenberatung Schweiz 2017 suchen 79% der betroffenen Personen frühestens nach 3 Jahren Überschuldung eine Beratungsstelle auf). Die Fälle	
--	--	--	--	--	--

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

				der Schuldenberatungen zeigen, dass hauptsächlich Prämienausstände und das daraus resultierende Wechselverbot zu Doppelversicherungen führen. Sollte allerdings ein Wechsel unabhängig von offenen Forderungen möglich sein, könnten viele unzulässige Doppelversicherungsfälle und somit zusätzliche Verschuldungen verhindert werden. Bezüglich der Doppelversicherungen wird noch auf die nachfolgenden Ausführungen bei «weitere Vorschläge» verwiesen.	
Caritas Schweiz	64a	7		Caritas Schweiz begrüsst den Mehrheitsantrag, die Liste für säumige Prämienzahlende aufzuheben sehr. Schon seit deren Einführung fordert Caritas, die Liste wieder abzuschaffen, was aus folgenden Gründen unerlässlich ist: Aufgrund von Studien und gemachten Erfahrungen ist erwiesen, dass die Liste für säumige Prämienzahlende keine Wirkung zeigt. Dies ist ebenfalls aus dem erläuternden Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) ersichtlich. Die Kantone Solothurn und Graubünden haben die Liste infolge fehlender Wirksamkeit bereits wieder abgeschafft. Die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der Schweizerischen Akademie der Medizinischen	

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

				Wissenschaften empfiehlt dringlich auf eine Liste für säumige Prämienzahlende und Leistungssperren zu verzichten. Weiter verweist der Bericht der SGK-S auf eine bereits im Jahr 2015 vom Kanton Zürich in Auftrag gegebene Studie der B,S,S., Volkswirtschaftliche Beratung AG. Diese kam zum Schluss, dass «die Datenauswertungen keine gesicherte Evidenz für eine bessere Entwicklung der Prämienausstände in Kantonen mit Liste im Vergleich zu Kantonen ohne Liste zeigen. [...] Denn während sicherlich Kosten generiert werden, kann ein Nutzen nicht belegt werden». Die Wirksamkeit einer solchen Liste wird 2016 durch eine Forschungsarbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz ebenfalls klar in Frage gestellt.⁴ Gemäss dem Bericht der SGK-S kam eine Analyse des BAG sogar zum Ergebnis, dass die Zunahme der Prämienausstände für die untersuchte Zeitspanne über alle Kantone mit Listen höher als über alle Kantone ohne Liste gewesen sei. Auch der Präsident des Krankenkassenverbandes Santésuisse und Alt-Nationalrat Heinz Brand führt aus, dass es inzwischen eine weit verbreitete	
--	--	--	--	---	--

⁴ Born/Habegger/Weber, SozialAktuell / Nr. 7/8_Juli/August 2016, Schwerpunkt Existenzsicherung, Schwarze Listen – Folgen der letzten KVG-Revision, AvenirSocial (Hrsg.), S. 30 f.

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

				Erkenntnis sei, dass die Liste für säumige Prämienzahlende wenig bis nichts bringe und es eine Tatsache sei, dass immer mehr Menschen in der Schweiz die Prämienlast nicht mehr stemmen könnten, obwohl sie es wollten. Es sei eine sozialpolitische Zeitbombe.⁵ Das Ziel der Liste, zahlungsunwillige Personen zur Zahlung der Krankenkassenprämien zu veranlassen, wird gänzlich verfehlt. Im Gegenteil, die Liste schafft neue, sehr schwerwiegende Probleme. Verheerend ist die Tatsache, dass Personen von der medizinischen Grundversorgung ausgeschlossen werden und einzig noch ein Anrecht auf Notfallbehandlung haben. Dies kann für die Gesundheit und das Leben der betroffenen Menschen gravierende und langfristige Folgen haben. Ein solch tragischer Fall eines HIV-positiven Patienten wird im Bericht der SGK-S erwähnt. Ein weiterer medial bekannter Fall ereignete sich im Kanton Luzern. Einem an der Zuckerkrankheit leidenden Mann wurde sein Insulin nicht bezahlt, und er selbst konnte es sich nicht leisten. Infolge des fehlenden Medikamentes erlitt er einen Kollaps und	
--	--	--	--	---	--

⁵ <https://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/fast-170-000-menschen-zahlen-ihre-praemien-nicht/story/29690872>.

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

				wurde praktisch arbeitsunfähig, was in letzter Konsequenz zu Folgekosten für den Staat führt.⁶ Wie sich zudem gezeigt hat, werden hauptsächlich nicht zahlungsunwillige Personen, sondern sozial und wirtschaftlich schwächere Menschen auf der Liste erfasst. Die von den meisten Kantonen aufgeführten Ausschlusskriterien für die Erfassung auf der Liste (Bezügerinnen und –bezüger von Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe, Bezügerinnen von Mutterschaftsbeihilfe sowie Minderjährige) greifen zu kurz. Der Schwelleneffekt wird dabei nicht berücksichtigt und durch die jährlich steigenden Krankenkassenprämien und die restriktivere Handhabung der Prämienverbilligungen nimmt die Gefahr der Ausstände zu. Zugleich bezieht nicht jede Person Sozialhilfe, die ein Anrecht darauf hat.⁷ Abgesehen davon werden Zahlungsunwillige durch das Zwangsvollstreckungssystem angehalten, die Prämienausstände der Krankenkasse zu begleichen. Resultieren durch die Betreibung Verlustscheine, bedeutet dies gerade, dass die betreffenden	
--	--	--	--	---	--

⁶ <https://www.luzernerzeitung.ch/zentralschweiz/luzern/luzern-die-schwarze-liste-am-pranger-ld.100126>.

⁷ Studie der B,S,S., Volkswirtschaftliche Beratung AG, Untersuchung über die Entwicklung der nichtbezahlten Krankenkassenprämien im Kanton Zürich, Schlussbericht, Basel, 14.10.2015., S. 4: «Aufgrund der Tatsache, dass Studien eine Nichtbezugsquote im Bereich Sozialhilfe von 45 bis 85 % schätzen, ist davon auszugehen, dass eine substantielle Anzahl zahlungsunfähiger Personen keine Unterstützung bezieht und daher auf der Liste erfasst wird».

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

				Personen nicht zahlen können und folglich zahlungsunfähig sind. Stehen Personen einmal auf der Liste, wird es für sie enorm schwierig, ohne fremde finanzielle Unterstützung davon wegzukommen. Menschen stehen über Jahre hinweg auf der Liste, erhalten keine ausreichende medizinische Grundversorgung und die Schulden häufen sich an. Aufgrund der Leistungssistierung besteht zudem die Gefahr, dass Personen auf ärztliche Betreuung und Medikamente verzichten, weil sie sich diese nicht leisten können und somit gesundheitliche Risiken und auch höhere Kostenfolgen in Kauf nehmen müssen. <i>Antrag der Minderheit:</i> Eine Definition des Begriffes Notfalls löst die durch die Liste verursachten Probleme nicht. Die Schuldenberatungen machen zudem in gewissen Fällen die Erfahrung, dass der Arzt eine Behandlung als Notfall qualifiziert, jedoch die Krankenkasse dies verneint und die Leistung verweigert. Eine gesetzliche Definition des Begriffs «Notfalls» ändert daran nichts, da es auch dabei auf die Auslegung im konkreten Einzelfall ankommt. Schlussendlich müsste ein Gericht über solche Fragen entscheiden. Die betroffenen Personen haben jedoch meistens weder die finanziellen noch	
--	--	--	--	---	--

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

				die persönlichen Ressourcen, um einen solchen Prozess durchzustehen.	
Caritas Schweiz	64a	7 ^{ter}		Es wird auf die vorangehenden Ausführungen zu Art. 64a Abs. 6 verwiesen. Zumindest sollte diese Änderung ebenfalls für volljährige Jugendliche gelten, sofern Ausstände aus der Zeit bestehen, in der sie noch keine angemessene Ausbildung abgeschlossen haben und die Eltern zum Unterhalt verpflichtet waren (Verweis auf die vorangehenden Ausführungen zu Art. 3).	
Caritas Schweiz	Übergangsbestimmung	2		Die neue Regelung sollte auch für Personen anwendbar sein, die zur Zeit des Inkrafttretens volljährig sind, deren Ausstände aber aus der Zeit der Minderjährigkeit bzw. der Unterhaltspflicht der Eltern stammen.	

Weitere Vorschläge				
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag	
Caritas Schweiz		Die obligatorische Krankenpflegeversicherung geniesst gegenüber den anderen Gläubigern eine privilegierte Stellung im Konkursverfahren wie auch im gerichtlichen Nachlassverfahren (Art. 219 Abs. 4 zweite Klasse lit. c SchKG und Art. 306 SchKG). In Art. 64a Abs. 5 KVG (Art. 64a		

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

		Abs. 4 E-KVG) wird ebenso statuiert, dass die Versicherungen die Verlustscheine bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen aufbewahren. Diese gesetzlichen Bestimmungen führen dazu, dass die Krankenkassen grundsätzlich auch bei einer einvernehmlichen privaten Schuldenbereinigung (Art. 333 ff. SchKG) sowie einer aussergerichtlichen Sanierung auf der vollumfänglichen Bezahlung der ausstehenden Forderungen beharren. Gemäss den Erfahrungen der Schuldenberatungsstellen werden durch diese Privilegien Sanierungen erschwert oder sogar verunmöglicht. Kann keine Sanierung durchgeführt werden, erfolgen immer wieder Betreibungen und die Schuldenspirale dreht sich weiter. Unter Umständen führt es zum Privatkonkurs. In Anbetracht der gesamten Umstände ist es für alle Beteiligten vorteilhafter, wenn Sanierungen ohne 100%-Zahlung der Krankenkassenausstände durchgeführt werden können und die Privilegierung der obligatorischen Krankenkassen abgeschafft wird.	
Caritas Schweiz		Eine Anregung im Zusammenhang mit Art. 64a Abs. 7^{quater}: Ein Datenaustausch sollte ebenfalls zusätzlich in Form eines einheitlichen elektronischen Standards zur Erkennung und Verhinderung von Doppelversicherungen eingesetzt und dementsprechend geregelt werden. Der Datenaustausch ist jedoch auf die notwendigsten Informationen zu beschränken.	
Caritas Schweiz		Gesundheitskosten dürfen nicht zu Armut führen und es darf nicht sein, dass Menschen von vornherein auf medizinische Behandlungen	

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

		verzichten, weil sie diese nicht zahlen können. Es muss zwingend verhindert werden, dass sich die Situation von Haushalten mit tiefen und mittleren Einkommen weiter verschlechtert. Bei der Einführung der obligatorischen Krankenversicherung ging der Bundesrat von einem Sozialziel aus, wonach die Krankenversicherungsprämien eines Haushalts nicht mehr als acht Prozent des steuerbaren Einkommens ausmachen sollten. Dieses Sozialziel wird heute in den meisten Kantonen verfehlt und es wird erwartet, dass die Prämien weiterhin steigen.⁸ Caritas Schweiz fordert daher, die Belastung einer Familie oder eines Haushalts durch die Krankenkassenprämien auf einen Monatslohn zu beschränken.⁹	
--	--	---	--

⁸ Vgl. https://www.sgb.ch/fileadmin/redaktion/docs/mk-cp/200706/140d_DL_KS_Verteilungsbericht_2020.pdf.

⁹ Caritas Schweiz 2018, Maximal einen Monatslohn für die Krankenkassenprämien, URL: https://www.caritas.ch/fileadmin/user_upload/Caritas_Schweiz/data/site/was-wir-sagen/unsere-position/statements-und-vernehmlassungen/statement_kkpraemien_armut_fasel.pdf.

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

Prise de position de

Nom / organisation : Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse

Abréviation de l'organisation : CFEJ

Adresse : c/o OFAS, Effingerstrasse 20, 3003 Berne

Personne de référence : Marion Nolde

Téléphone : 058 462 92 26

Courriel : ekkj-cfej@bsv.admin.ch

Date : 23.09.2020

Remarques importantes :

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

Nous vous remercions de votre participation.

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

Sommaire

Remarques générales	2
Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)	3
Autres propositions	4

Remarques générales

Nom	Commentaires/remarques
CFEJ	Le fait que des jeunes, au moment où ils atteignent leur majorité, puissent être poursuivis pour des primes d'assurance-maladie et des participations aux coûts non payées par leurs parents lorsqu'ils étaient mineurs est inadmissible. La Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse (CFEJ) salue vivement le changement de paradigme opéré par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats et approuve pleinement les modifications apportées par cette révision, notamment aux articles 61a et 64a de la LAMAL. Même dans une logique de prime individuelle, les parents doivent, en vertu de leur obligation d'entretien selon le chapitre II du Code civil suisse, assumer les primes de leur enfant et la participation aux coûts de prestations de soins. Que des jeunes adultes doivent à 18 ans faire face du jour au lendemain à des dettes pouvant s'élever à plusieurs dizaines de milliers de francs, alors qu'ils sont pour la plupart encore en formation, n'est pas tolérable et hypothèque fortement la poursuite de leur formation ainsi que leur intégration professionnelle et sociale. En effet, une inscription au registre des poursuites rend très difficile la recherche d'un appartement et parfois d'un emploi. Et gérer des dettes et des poursuites est une tâche compliquée qui vient s'ajouter aux défis qu'un jeune adulte doit relever.
CFEJ	Si avec le nouvel 61a, on fait un grand pas en avant, cette modification ne résout pas totalement le problème des jeunes adultes mis en difficulté par le non-paiement des primes et participation aux coûts par leurs parents alors que ces derniers en auraient les moyens, du moins théoriquement, selon les normes en vigueur. En effet, à 18 ans, la plupart des jeunes adultes n'ont pas encore de revenu ou un revenu insuffisant pour subvenir à leurs besoins et payer les primes de l'assurance-maladie. Si en raison du devoir d'entretien (qui selon l'art. 277B du CC dure jusqu'à la fin d'une première formation) et de la situation économique de leurs parents qui seraient du moins théoriquement en mesure de prendre en charge ces coûts, le jeune adulte ne peut pas bénéficier de la prise en charge de sa prime d'assurance-maladie par le canton de résidence, il/elle se trouve de facto dans une situation difficile et à risque de surendettement, si ses parents ne le/la soutiennent pas pour le paiement des primes. La situation familiale peut être compliquée et les relations parents-enfants tendues. La possibilité du jeune adulte de se retourner contre ses parents, donc de faire valoir en justice son droit à l'entretien, est difficilement réalisable en pratique pour des raisons émotionnelles (le/la jeune ne souhaite pas péjorer sa relation avec ses parents) et pratiques (besoin de conseils et de soutien pour de telles démarches, coûts, durée etc.).

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

	De ce fait, la CFEJ est d'avis qu'il faudrait explicitement étendre la responsabilité des parents en tant que débiteurs uniques de la prime et de la participation aux coûts de leur enfant en formation jusqu'à la fin de leur obligation d'entretien tel que régi par le chapitre II du CC, sans que le jeune adulte doive entamer une action en justice contre ses parents.
CFEJ	La CFEJ est favorable à l'abrogation de l'alinéa 7 de l'art. 64 de la LAMAL. La tenue de listes d'assurés ne payant pas leurs primes et la suspension de la prise en charge des prestations, à l'exception de celles relevant de la médecine d'urgence, peut conduire à ce que des enfants en particulier n'aient plus accès à des prestations pédiatriques en dehors de situations d'urgence. Les prestations pédiatriques jouent un rôle fondamental pour distinguer des affections bénignes de maladies plus graves, pour garantir une prise en charge à temps afin d'éviter la péjoration de l'état de santé et assurer le suivi de la bonne croissance de l'enfant et la prévention de maladies (contrôles de santé et vaccins, etc.). Ce sont aussi des rendez-vous importants en termes de prévention des mauvais traitements et de conseils à la parentalité. Et certains enfants ont besoin d'un suivi plus régulier pour des problèmes de santé physique ou psychique. Le fait que les prestations devant être fournies au titre de la médecine d'urgence ne sont pas clairement définies et l'usage très variable de ces listes en fonction du canton, des assureurs et fournisseurs de soins créent par ailleurs une inégalité de traitement difficilement compréhensible et contraire à l'art. 24 de la CDE et à la Constitution fédérale. En vertu de l'art. 24 de la Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant, « Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services... ». L'accès aux soins médicaux de base pour toute personne et la protection particulière de l'intégrité des enfants sont également garantis par la Constitution fédérale (art. 11, 41, 117a).

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

Nom	Art.	Al.	Let.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
CFEJ	3	1 et 1bis		La CFEJ approuve cette modification.	
CFEJ	5	2		La CFEJ approuve cette modification.	
CFEJ	61a	1		La CFEJ approuve et salue particulièrement cette modification. Les parents doivent être les débiteurs exclusifs des primes de leur enfant.	
CFEJ	64	1bis		La CFEJ approuve cette modification.	
CFEJ	64a	1bis		La CFEJ approuve cette modification.	

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

CFEJ	64a	7		La CFEJ approuve l'abrogation de la possibilité de tenir des listes de mauvais payeurs de primes, car cela peut mettre en danger l'accès aux soins et le suivi pédiatrique des enfants concernés. La définition de « prestation relevant de la médecine d'urgence » proposée par la minorité ne résout aucunement ce problème. Un vaccin, un contrôle pédiatrique ou le suivi d'une problème chronique peut être repoussé sans mettre la vie de l'enfant en danger dans l'immédiat, mais avec le risque d'atteinte grave à la santé sur le plus long terme.	
CFEJ	64	7ter		La CFEJ approuve cette modification.	

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

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

Stellungnahme von

Name / Organisation : Konferenz der Betreibungs- und Konkursbeamten der Schweiz

Abkürzung der Organisation :

Adresse : Engelbergstrasse 34, 6371 Stans

Kontaktperson : Gerhard Kuhn

Telefon : 061 267 83 97

E-Mail : gerhard.kuhn@bs.ch

Datum : 02.10.2020

Wichtige Hinweise:

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

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

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

Inhaltsverzeichnis

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name	Bemerkung/Anregung
	Mit der Vorlage soll vermieden werden, dass Minderjährige für die nichtbezahlten Prämien ihrer Krankenversicherung betrieben werden. Wir gestatten uns den Hinweis, dass die Betreibungsämter im Widerspruch zur geplanten Vorschrift eingereichte Betreibungsbegehren von Krankenversicherungen nicht werden zurückweisen dürfen, da ihnen keine entsprechende Prüfungsbefugnis zusteht.
	Mit der Begrenzung der jährlichen Anzahl Betreibungen für Krankenkassenprämien auf vier sollen vermutlich die Betreibungskosten zu Lasten der Schuldner vermindert werden. Möglicherweise soll dadurch auch eine quartalsweise Rechnungstellung analog dem Vorgehen der Ausgleichskassen für die AHV-Beiträge gefördert werden. Es ist deshalb darauf hinzuweisen, dass die entstehenden Kosten nicht nur aus den Betreibungskosten bestehen. Vielmehr stellen die Krankenversicherungen bereits für ein computergeneriertes Mahnschreiben im Sinne von Art. 64a Abs. 1 KVG meist CHF 30.00 in Rechnung. Sodann kommen gestützt auf Art. 105b KVV weitere Kosten hinzu. Beauftragt die Krankenversicherung eine Inkassofirma mit dem Prämieinzug oder tritt ihre Forderungen gar an eine solche ab, werden trotz Art. 27 Abs. 3 2. Satz SchKG meist noch zusätzlich Kosten „gemäss Art. 106 OR“ in Rechnung gestellt.
	Grundsätzlich gehören die laufenden Krankenversicherungsprämien zum Existenzminimum. Beahlt ein Schuldner seine laufenden Prämien aber nicht, können diese nicht von vornherein ins Existenzminimum eingerechnet werden. Der Schuldner muss somit die Prämien Anfang Monat bezahlen und kann sich diese aus der eingegangenen Pfändungsquote zurückerstatten lassen. Leider nutzen zahlreiche Schuldner diese Möglichkeit nicht und die Krankenkassenprämien bleiben offen und zusätzlich entstehen neue Betreibungskosten im Zusammenhang mit der Einforderung dieser Prämien. Dem könnte beispielsweise in der Weise abgeholfen werden, dass es den Krankenversicherungen erlaubt würde, insbesondere mit ihren laufenden Prämienforderungen an einer Pfändung analog Art. 111 SchKG ohne vorgängige Betreibung teilzunehmen.
	Unnötige Betreibungs- oder gar Konkurskosten entstehen auch deshalb, weil Art. 64a Abs. 3 KVG einen Verlustschein oder gleichwertigen Rechtstitel verlangt, damit der Kanton 85% der ausstehenden Forderungen übernimmt. Nun ist es aber meist wenig sinnvoll, Betreibungen bis zum Verlustschein fortzusetzen oder gar Konkurse eröffnen zu lassen, wenn offensichtlich ist, dass ein Schuldner nichts bezahlen kann. Auf diese Weise entstehen nur hohe Kosten zu Lasten des Schuldners bzw. im Konkursfall der öffentlichen Hand. Davon wird bspw. ausgegangen werden dürfen, wenn in den letzten 6 Monaten vor der Betreibung bereits direkte Verlustscheine nach Art. 115 SchKG ausgestellt worden sind. Es liesse sich auch überlegen, ob Krankenkassenforderungen gegen natürliche Personen im Sinne von Art. 43 SchKG immer nur auf dem Wege

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

	der Pfändung geltend gemacht werden können sollen. Die Eröffnung eines Konkurses wird denn auch an der Tatsache der immer wieder neu entstehenden Prämienforderungen nichts zu ändern vermögen.
--	---

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

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

Weitere Vorschläge

Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

Stellungnahme von

Name / Organisation : **Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz**

Abkürzung der Organisation : **KOKES**

Adresse : Werftestrasse 1, 6002 Luzern

Kontaktperson : Diana Wider, Generalsekretärin

Telefon : 041 367 48 87

E-Mail : diana.wider@kokes.ch

Datum : 6. Oktober 2020

Wichtige Hinweise:

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

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

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

Inhaltsverzeichnis

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

Allgemeine Bemerkungen

Name	Bemerkung/Anregung
KOKES	Junge Erwachsene sollen nicht mehr für Prämien und Kostenbeteiligungen belangt werden können, die während ihrer Minderjährigkeit angefallen sind. Es wird begrüsst , dass das Problem, dass das volljährige Kind mit Schulden aus unbezahlten Krankenkassen-Prämien startet, gelöst wird. Es wird auch begrüsst, dass das Problem mit einer Anpassung der gesetzlichen Grundlagen (konkret KVG-Änderung) gelöst wird und nicht im Rahmen eines dogmatischen Klimmzugs (indem die Eltern nicht als gesetzliche Vertreter handeln, sondern in Ausübung der Rechte und Pflichten aus der elterliche Sorge). Die vorgeschlagene Lösung wird den in Art. 27 UN-KRK formulierten Anforderungen in adäquater Weise gerecht.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
KOKES	3	1		Die Formulierung im <u>erläuternden Bericht</u> (S. 17, « <i>Volljährige Personen, die (...) urteilsunfähig sind, werden weiterhin von ihrer gesetzlichen Vertretung versichert</i> ») ist missverständlich. Wenn die Person verbeiständet ist, bspw. nach Art. 394 ZGB, kann der Vertretungsbeistand bei entsprechender Aufgabenbeschreibung den Vertrag im Namen der urteilsunfähigen Person abschliessen, aber nie in eigenem Namen, das bietet keine Probleme. Doch was ist mit urteilsunfähigen Volljährigen, die keine formelle gesetzliche Vertretung haben? Wer schliesst den Vertrag für diese Personen ab? Ist dann immer die Erwachsenenschutzbehörde gefragt, oder könnte man eine Lösung analog Art. 382 Abs. 3 ZGB kreieren? -> Zu dieser Frage sollte noch eine Lösung gefunden und im Begleitbericht beschrieben werden.	

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

				Und: Die Formulierung im erläuternden Bericht (S. 17, « <i>Sie schulden weiterhin ihre Prämien und Kostenbeteiligungen</i> ») ist ebenfalls verwirrend. Wer ist mit «sie» gemeint? – Um Missverständnissen vorzubeugen, sollte das präzisiert werden.	
KOKES	3	1 ^{bis}		Der Vormund kann das bevormundete Kind zwar für Krankenpflege versichern, aber er handelt nicht in eigenem Namen. Die Verträge werden immer im Namen des Kindes, vertreten durch den Vormund, abgeschlossen. Im <u>erläuternden Bericht</u> ist entsprechend eine Präzisierung anzubringen: «<i>Die Stellung des Vormundes ist von jener der unterhaltspflichtigen Eltern zu unterscheiden. Der Vormund hat gegenüber dem Kind keine Unterhaltspflicht. Er kann keine Verträge in eigenem Namen abschliessen, sondern nur in Vertretung des Kindes. Als Organ des Gemeinwesens verpflichtet er nicht sich selber, sondern - sofern weder die Eltern noch das Kind die Kosten für die Prämien oder die Kostenbeteiligung übernehmen können - die unterstützungspflichtige Sozialhilfebehörde (vgl. KOKES-Empfehlung zum Einbezug der Sozialhilfebehörden [Link], in: Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz 2014, S. 263-274, sowie BK-Affolter/Vogel/Lienhard, Art. 327c ZGB N 67).</i>»	
KOKES	5	2	letzter Satz	Dito Hinweis zu Art. 3 Abs. 1^{bis} VE-KVG: Der Prämienzuschlag kann nicht vom Vormund geschuldet werden, er handelt nie in eigenem Namen. Im <u>Gesetzestext</u> sollte entsprechend klargestellt werden, dass die Haftung des Vormundes den Regeln des Art. 454 ZGB folgt (was zeigt, dass er nicht persönlich haftet, sondern dass der Staat für ihn haftet).	²...Der Prämienzuschlag eines Kindes ist ausschliesslich von den Eltern solidarisch oder vom Elternteil, der dessen Prämien schuldet, oder vom Vormund, geschuldet. <u>Die Haftung des Vormunds richtet sich nach Art. 454 ZGB.</u>

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

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

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

Prise de position de

Nom / organisation : Centre social protestant du canton de Neuchâtel

Abréviation de l'organisation : CSP

Adresse : Rue des Parcs 11 à Neuchâtel et rue du Temple-Allemand 23 à La Chaux-de-Fonds

Personne de référence : Isabelle Baume

Téléphone : 032 886 91 00

Courriel : isabelle.baume@ne.ch

Date : 15 septembre 2020

Remarques importantes :

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

Nous vous remercions de votre participation.

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

Sommaire

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

Remarques générales	
Nom	Commentaires/remarques
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	De manière générale, la révision telle que proposée est intéressante. Toutefois, certaines dispositions devraient être élargies aux jeunes adultes en formation. A ce titre, nous serions d'avis que les assureurs ou les autorités cantonales soient dans l'obligation de signaler expressément aux jeunes devenus majeurs qu'ils deviennent responsables du paiement de leurs primes et des participations aux coûts au passage à leur majorité.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	

Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)					
Nom	Art.	Al.	Let.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	61a	1		Nous saluons cette disposition pour les mineurs. Nous proposerions de l'élargir aux jeunes adultes en formation.	Cette disposition est également valable pour les jeunes en formation (devenus majeurs et dépendant financièrement toujours de leurs parents).
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	64	1	bis	Id. que ci-dessus	Id. que ci-dessus.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	7		bis	Le fait de faire passer les assurés qui ont des poursuites à une forme particulière d'assurance est compréhensible sur le principe. Beaucoup de personnes	Ajouter à l'article, l'indication suivante :

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

				ne comprennent toutefois pas très bien le système. Le risque est donc que ces personnes ne passent pas par leur médecin de famille et se voient, au final, refuser le remboursement de prestations. Il faudrait donc accompagner ce passage automatique d'informations claires pour les assurés afin d'éviter qu'ils ne s'endettent encore davantage...	Ce changement d'assurance avec choix limité du fournisseur de prestations doit être impérativement et clairement communiqué par l'assureur à l'assuré.
--	--	--	--	---	--

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

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

Prise de position de

Nom / organisation : Association des Centres sociaux protestants

Abréviation de l'organisation : CSP.ch

Adresse :

Personne de référence : Caroline Regamey

Téléphone : 021 560 60 40

Courriel : caroline.regamey@csp-vd.ch

Date : 06.10.20

Remarques importantes :

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

Nous vous remercions de votre participation.

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

Sommaire

Remarques générales	2
Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)	2
Autres propositions	11

Remarques générales	
Nom	Commentaires/remarques
CSP.ch	CSP.ch salue un projet de réforme qui mettrait enfin un terme à la dette scandaleuse des enfants mineurs pour les primes impayées par leurs parents. Notre association avait déjà en juin 2012 adressé une lettre au Conseiller fédéral Alain Berset afin de dénoncer cette situation et plaider pour une modification de la LAMal qui puisse remédier au problème soulevé. Nous nous réjouissons également de la volonté de supprimer les listes noires et de la possibilité laissée aux cantons de racheter les dettes d'assurance maladie, ouvrant ainsi la voie à de vraies démarches d'assainissement. Par contre nous déplorons que ce projet n'inclue pas les jeunes majeurs en formation et donc à la charge de leur parents et qu'il maintienne l'interdiction de changer d'assurance en cas de dette envers l'assureur
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	

Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)					
Nom	Art.	Al.	Let.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
Erreur ! Source du renvoi introuvable. CSP.ch	61a	1		CSP.ch approuve sans réserve le projet de réforme concernant les enfants mineurs, tant dans l'art. 61a , que dans les articles 3 al. 1 et 1bis , 5 al. 2 , 64 al. 1bis et 64a al. 1 bis , ainsi que l' alinéa 2 des dispositions transitoires .	Les parent de l'enfant <i>et du jeune majeur et à la charge obligatoire de ses parents en vertu du droit de la famille</i> , sont exclusivement débiteurs de ses primes jusqu'à la fin du mois où il devient majeur <i>et que cesse leur obligation d'entretien au sens de l'art 277 al. 2 CCS</i> .

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

			Nous estimons cependant que cette réforme devrait inclure les jeunes majeurs en formation et donc encore à la charge obligatoire de leurs parents. En effet, ces jeunes se trouvent dans une situation de fait et de droit quasi identique à celle des mineurs visés par la réforme : - Ils sont financièrement dépendants de leurs parents. - Leurs parents sont tenus légalement, en vertu de leur obligation d'entretien au sens du droit de la famille, de payer les primes. - Cependant, au vu de leur situation de dépendance, ils n'ont aucun moyen réel qui soit envisageable et concrètement faisable pour obliger leurs parents à payer les primes. La pratique a montré qu'aucun enfant, qui habite chez ses parents, ne les poursuivrait en justice pour obtenir un rétroactif. - Ils n'ont pas les moyens financiers de s'acquitter des primes à la place de leurs parents, n'étant pas autonomes financièrement. - Souvent, ils ne gèrent pas eux-mêmes leurs affaires administratives, beaucoup d'entre eux ne seront même pas nécessairement informés de l'existence d'une dette. Ces jeunes adultes vont donc également se retrouver endettés sans la moindre faute de leur part et commenceront leur vie indépendante, à la fin de leur formation, avec des actes de défaut de biens, ce qui va évidemment compromettre leurs possibilités de trouver un travail et un logement. La logique qui a conduit à proposer la suppression de la dette des mineurs dans ce projet, soit l'injustice de la situation et la perspective inquiétante, tant pour le jeune que pour la société, d'un terrible départ dans la vie active, s'applique, mutatis	<i>(les autres articles concernant les enfants mineurs devraient être modifiés dans le même sens)</i>
--	--	--	--	--

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

			mutandis, à la situation des jeunes adultes à la charge de leurs parents. L'idée soutenue à la page 19 du rapport (ad art. 64a al. 1bis), soit que le jeune adulte qui aura dû s'acquitter des primes arriérées auprès de l'assureur pourrait toujours se retourner contre ses parents, n'a aucun fondement dans la réalité, constitue une double peine et n'offre pas suffisamment de garanties juridiques. En effet, premièrement il est peu probable qu'un jeune adulte qui vient de sortir du nid familial soit capable de payer ces arriérés, mais surtout, même dans l'hypothèse où il aurait réussi à rembourser ses dettes, il est tout à fait contraire à l'expérience générale de la vie et à la psychologie humaine, qu'il attaque ses parents en justice. Le service Jeunes et Travail (Jet Service) du CSP Vaud qui offre des consultations socio-juridiques pour les jeunes en formation a pu constater qu'une infime partie de jeunes osent entreprendre des démarches à l'encontre de leurs parents pour activer le devoir d'entretien, car ils et elles sont bien souvent découragés face à l'ampleur des démarches juridiques, voire dans l'impossibilité psychologique d'assumer une telle démarche. De même, la plupart du temps, selon les situations rencontrées sur le terrain, les parents qui ne s'acquittent pas des primes d'assurance de leurs enfants ont de nombreuses autres dettes. Une éventuelle action de leurs enfants contre eux n'aboutirait donc qu'à un nouvel acte de défaut de biens. D'autre part, selon l'art. 279 alinéa 1 du CCS, il est prévu que « l'enfant peut agir contre son père et sa mère, ou contre les deux ensemble, afin de leur réclamer l'entretien pour l'avenir et pour l'année qui précède l'ouverture de l'action » Ainsi, un enfant majeur qui souhaiterait se retourner contre ses parents ne pourrait concrètement le faire – concernant le rétroactif des	
--	--	--	---	--

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

			primes et/ou quotes-parts – que pour l'année précédant sa demande. En pratique, il n'existe donc pas de démarche juridique qui puisse assurer que l'enfant récupère l'entier de l'impayé auprès de ses parents. Il paraît donc indispensable de légiférer sur cette question via la LAMal elle-même. Pour toutes ces raisons nous estimons qu'il est impératif d'inclure les jeunes adultes en formation et à charge de leurs parents dans cette réforme.	
CSP.ch	64a	1bis	La formule « en principe » paraît ici inadéquate. En effet, il ne semble pas que le projet prévoie des exceptions au fait que les dispositions concernant le non-paiement des primes et de participation aux coûts concernant les assurés mineurs s'appliquent à leurs parents. La formule « en principe » laisse cependant entendre que cela ne serait pas toujours le cas. Il y a lieu de supprimer ces termes.	
CSP.ch	64a	2	CSP.ch approuve la limitation à 4 poursuites par année qui permettra de limiter les frais de la procédure de poursuite et donc le montant de l'endettement. Cependant la réforme devrait également concerner les frais de recouvrement qui prennent de plus en plus de place dans le montant total des créances. En effet, il n'est pas rare de voir des dettes d'assurance maladie composées à hauteur de 15% de frais de recouvrement. Les assureurs maladie qui bénéficient déjà de nombreux privilèges dans la procédure de poursuite (inclusion des primes dans le minimum vital, privilège dans la répartition de la saisie, possibilité de lever eux-mêmes les oppositions, compensation	

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

			par l'Etat de 85% du montant des actes de défaut de biens) ne devraient pas pouvoir exiger des frais de recouvrement qui dépassent les frais réellement engagés. La plupart des procédures de rappel sont informatisées, elles ne nécessitent que très peu d'intervention humaine et n'engendrent donc que de très faibles coûts. Aujourd'hui les frais de recouvrement importants demandés par certains assureurs contribuent à l'endettement sans fin de nos consultants et participent largement à créer un sentiment de découragement qui conduit à l'abandon de tout effort en vue de redresser la situation. Le plus choquant du point de vue de l'Etat, concerne les procédures de poursuite qui finissent en ADB. Dans ces cas les cantons payent 85% d'une créance souvent composée à hauteur d'au moins 15% de frais de recouvrement, ce qui revient à dire qu'en réalité les cantons payent le 100% des frais énumérés à l'article 64 a al. 3 (<i>primes et participations aux coûts arriérées, intérêts moratoires et frais de poursuites</i>) puisque les frais de recouvrement ne font pas partie de cette liste. Cette situation résulte du fait que les ADB ne distinguent pas les différents postes de la créance et que des frais de recouvrement, parfois exorbitants, se retrouvent mélangés aux primes impayées. En conclusion, tenant compte du fait que l'assurance maladie doit rester une assurance sociale, nous demandons l'interdiction des frais de recouvrement ou, à tout le moins, leur stricte limitation aux frais effectifs (par ex. : 5.- frs pour un courrier de rappel).	
--	--	--	---	--

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

CSP.ch	64a	4	Nous regrettons que le projet laisse subsister l'art. 64a al.4 qui crée une situation juridique ambiguë entre l'Etat, les assureurs et les débiteurs. En effet, le remboursement par les cantons de 85% de la créance, mais sans rachat de la créance, crée une situation inextricable dans laquelle le canton ne peut pas négocier des ADB qui ne lui appartiennent pas et où les assureurs estiment qu'ils ne peuvent pas accepter un paiement partiel pour solde de tout compte en raison du remboursement reçu par le canton. En d'autres termes, les tentatives de trouver un accord avec tous les créanciers pour un remboursement partiel dans le cadre d'un arrangement à l'amiable (333 LP) se retrouvent souvent bloquées par le refus des assureurs qui affirment n'avoir pas le droit de transiger. Cette situation est particulièrement grave quand on sait que plus de 60 % des personnes qui consultent nos services ont des dettes d'assurance maladie. Par ailleurs, la règle mise en place par cet alinéa, en cas de recouvrement auprès du débiteur, est également choquante puisqu'elle peut conduire à un remboursement allant jusqu'à 135% de la dette pour les assureurs, alors que les cantons ne pourront jamais recevoir plus d'une partie du montant qu'ils ont payé (50% au lieu de 85%). Ce risque d'enrichissement de la part de l'assureur et l'impossibilité pour les cantons de récupérer le montant qu'ils ont payé, même en cas de retour à meilleur fortune du débiteur, pose problème tant du point de vue de l'équité que de la défense des intérêts publics. Nous proposons donc la suppression de l'art. 64a al.4	Supprimer cet alinéa
--------	-----	---	---	----------------------

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

CSP.ch	64a	5	CSP.ch salue la possibilité, instaurée par le projet de nouvel al. 5, que les cantons puissent racheter les ADB moyennant un paiement de 90% de la créance, mais nous aurions souhaité qu'elle devienne la règle (voir ci-dessus ad art 64a al.4). Cette nouvelle façon d'agir, si elle est utilisée par les cantons, créera de vraies opportunités de désendettement aujourd'hui quasi inexistantes. Avec le rachat à 90%, le débiteur se retrouvera dans une situation plus claire et négociera avec son vrai créancier lorsqu'il s'agira de trouver un accord sur les modalités de remboursement de sa dette. La possibilité de changer de caisse, après le rachat de la dette par le canton, constituerait également un vrai progrès, car cette interdiction de changement de caisse contribue aujourd'hui à augmenter l'endettement des débiteurs en ne leur permettant pas de choisir une assurance moins chère (voir également ci-dessous ad art. 64a al.6).	
CSP.ch	64a	6	Nous proposons la suppression pure et simple de cet alinéa qui n'a jamais atteint ses buts, soit de faire pression sur les débiteurs en retard de paiement et d'éviter des situations de créanciers multiples. En effet, les assurés en retard de paiement ne vont pas trouver plus de moyens pour payer leurs arriérés du fait qu'ils sont empêchés de changer de caisse! Bien au contraire, le fait d'avoir des primes courantes plus élevées, constitue évidemment un frein supplémentaire au remboursement des arriérés. Quant aux situations de multiples créanciers, elles sont plutôt favorisées par cette règle.	Supprimer cet alinéa

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

			En effet, l'interdiction de changer de caisse aboutit à de nombreuses situations inextricables de doubles affiliations, puisque les débiteurs en retard de paiement contractent fréquemment une nouvelle assurance moins chère, sans se rendre compte qu'ils ne pourront pas se défaire de leur premier contrat. Malgré la règle claire de la loi sur les conséquences d'une double assurance, la pratique montre qu'il est très difficile pour des débiteurs sans connaissances juridiques de se défaire du second contrat et qu'il n'est pas rare que ces situations aboutissent à des ADB pour les deux assurances et, in fine, au remboursement par le canton des deux créances à hauteur de 85%. De plus, comme le relève le rapport à la page 22, §1, même en l'absence d'une double affiliation, l'interdiction de changer pour une assurance moins chère aboutit, en cas d'insolvabilité de l'assuré et donc de remboursement à 85% de l'ADB, à une augmentation des frais pour les cantons.	
CSP.ch	64a	7	CSP.ch soutient fortement la proposition de suppression de l'alinéa 7 et donc des listes noires qui empêchent, dans les cantons qui appliquent cette règle, les assurés en retard de paiement d'accéder à des soins ordinaires. Non seulement cette pratique est cruelle et indigne d'un Etat qui se préoccupe de santé publique, mais elle n'a jamais fait ses preuves en tant qu'incitation pour les assurés à payer leurs primes. Cette réglementation est basée sur la fausse prémisse que les assurés qui sont en retard de paiement choisissent de ne pas honorer leurs obligations, alors que, dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'une impossibilité, faute de moyens suffisants, de payer ses primes.	

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

CSP.ch	64a	7bis	Comme nous l'avons relevé ci-dessus (ad art. 64a al. 6), CSP.ch milite pour une suppression complète de l'interdiction de changer d'assurance. Cependant, si cette interdiction de changement de caisse devait subsister, il nous paraît que la proposition de réforme de l'alinéa 7, soit de changer unilatéralement les conditions d'assurances aux assurés en retard de paiement, en vue de réduire les primes, serait une fausse bonne idée. En effet, l'expérience des situations de surendettement nous a montré que la plupart des personnes concernées par des retards de paiement sont également démunies dans la gestion de leurs affaires administratives. Or, un changement unilatéral des conditions d'assurances, dans une catégorie avec choix limité du fournisseur de prestations, ne serait souvent pas compris et assimilé par les assurés et aboutirait inévitablement à de nombreuses erreurs et donc à des refus de prises en charges de factures par l'assurance suite à des traitements auprès d'un médecin non autorisé par le nouveau contrat. Il en résulterait une augmentation de l'endettement des assurés et de nombreux contentieux entre assurés, prestataires et assurances, ce qui ne peut pas être le but visé par cette proposition de réforme. Les modifications volontaires du contrat, au sein de la même assurance, sont déjà possibles avec le droit en vigueur; par contre, les principes de la liberté contractuelle et de l'autonomie de la volonté devraient s'opposer à de tels changements unilatéraux. Par ailleurs, en supprimant cet alinéa, il devient également possible pour les assurés qui ont atteint 18 ans de changer d'assurance et de forme d'assurance indépendamment du fait	Supprimer cet alinéa
--------	-----	------	---	----------------------

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

			que les primes et participations aux coûts pour les périodes à charge de leurs parents (minorité ou formation) soient encore impayées. Pour toutes ces raisons CSP.ch propose de rejeter cet alinéa. Dans le cas où notre proposition de suppression n'était pas retenue, nous souhaitons relever que des règles devraient être posées afin de garantir que les personnes atteintes d'une maladie chronique et les personnes avec handicap ne subissent pas d'inconvénients.	
CSP.ch	DT	1	Pour les mêmes raisons que ci-dessus (ad art 64a al. 5), CSP.ch soutient fortement la proposition d'autoriser les cantons à racheter les anciennes créances déjà compensées à 85%, moyennant un supplément de 3%. Il nous semble utile de préciser dans l'article que, lors d'une prise en charge rétroactive à 88% par le canton, l'assuré peut à nouveau changer d'assureur. Cette indication figure pourtant dans le rapport explicatif à la page 25.	

Autres propositions			
Nom	Art.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	64a 7ter		Les assurés qui ont atteint l'âge de 18 ans peuvent changer d'assureur et de forme d'assurance à la fin de l'année civile en dérogation
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			

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

Prise de position de

Nom / organisation : Dettes Conseils Suisse / Schuldenberatung Schweiz

Abréviation de l'organisation : DCS/SBS

Adresse : P.O. Schuldenberatung Kanton Zürich
Schaffhauserstrasse 550
8052 Zürich

Personne de référence : Rémy Kammermann

Téléphone : 022 807 07 00 – 077 488 75 16

Courriel : Remy.kammermann@csp-ge.ch

Date : 30.09.20

Remarques importantes :

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

Nous vous remercions de votre participation.

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

Sommaire

Remarques générales	2
Remarques concernant le projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)	2
Autres propositions	10

Remarques générales

Nom	Commentaires/remarques
DCS/SBS	DCS salue un projet de réforme qui mettrait enfin un terme à la dette scandaleuse des enfants mineurs pour les primes impayées par leurs parents. Nous nous réjouissons également de la volonté de supprimer les listes noires et de la possibilité laissée aux cantons de racheter les dettes d'assurance maladie, ouvrant ainsi la voie à de vraies démarches d'assainissement. Par contre nous déplorons que ce projet n'inclue pas les jeunes majeurs en formation et donc à la charge de leur parents et qu'il maintienne l'interdiction de changer d'assurance en cas de dette envers l'assureur
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	

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

Nom	Art.	Al.	Let.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.DCS/SBS	61a	1		DCS approuve sans réserve le projet de réforme concernant les enfants mineurs, tant dans l'art. 61a , que dans les articles 3 al. 1 et 1bis, 5 al. 2, 64 al. 1bis et 64a al. 1 bis , ainsi que l'alinéa 2 des dispositions transitoires .	Les parent de l'enfant <i>et du jeune majeur en formation et à la charge obligatoire de ses parents en vertu du droit de la famille</i> , sont exclusivement débiteurs de ses primes jusqu'à la fin du mois où il devient majeur <i>et que cesse leur obligation d'entretien au sens de l'art 277 al. 2 CCS</i> .

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

			Nous estimons cependant que cette réforme devrait inclure les jeunes majeurs en formation et donc encore à la charge obligatoire de leurs parents. En effet, ces jeunes se trouvent dans une situation de fait et de droit quasi identique à celle des mineurs visés par la réforme : - Ils sont financièrement dépendants de leurs parents. - Leurs parents sont tenus légalement, en vertu du droit de la famille, de payer les primes. - Cependant, au vu de leur situation de dépendance, ils n'ont aucun moyen réel pour obliger leurs parents à payer les primes (aucun enfant, qui habite chez ses parents, ne les poursuivra en justice). - Ils n'ont pas les moyens financiers de s'acquitter des primes à la place de leurs parents. - Souvent, ils ne gèrent pas eux-mêmes leurs affaires administratives, beaucoup d'entre eux ne seront même pas nécessairement informés de l'existence d'une dette. Ces jeunes adultes vont donc également se retrouver endettés sans la moindre faute de leur part et commenceront leur vie indépendante, à la fin de leur formation, avec des actes de défaut de biens, ce qui va évidemment compromettre leurs possibilités de trouver un travail et un logement. La logique qui a conduit à proposer la suppression de la dette des mineurs dans ce projet, soit l'injustice de la	<i>(les autres articles concernant les enfants mineurs devraient être modifiés dans le même sens)</i>
--	--	--	--	--

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

				situation et la perspective inquiétante, tant pour le jeune que pour la société, d'un terrible départ dans la vie active, s'applique, mutatis mutandis, à la situation des jeunes adultes à la charge de leurs parents. L'idée soutenue à la page 19 du rapport (ad art. 64a al. 1bis), soit que le jeune adulte qui aura dû s'acquitter des primes arriérées auprès de l'assureur pourrait toujours se retourner contre ses parents, n'a aucun fondement dans la réalité. En effet, premièrement il est peu probable qu'un jeune adulte qui vient de sortir du nid familial soit capable de payer ces arriérés, mais surtout, même dans l'hypothèse où il aurait réussi à rembourser ses dettes, il est tout à fait contraire à l'expérience générale de la vie et à la psychologie humaine, qu'il attaque ses parents en justice. D'ailleurs la plupart du temps, selon la connaissance que nous avons par nos consultants dans de telles situations, les parents qui ne s'acquittent pas des primes d'assurance de leurs enfants ont de nombreuses autres dettes. Une éventuelle action de leurs enfants contre eux n'aboutirait donc qu'à un nouvel acte de défaut de biens. Pour toutes ces raisons nous estimons qu'il convient d'inclure les jeunes adultes en formation et à charge de leur parents dans cette réforme	
DCS/SBS	64a	2		DCS approuve la limitation à 4 poursuites par année qui permettra de limiter les frais de la procédure de poursuite et donc le montant de l'endettement.	

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

				Cependant la réforme devrait également concerner les frais de recouvrement qui prennent de plus en plus de place dans le montant total des créances. En effet, il n'est pas rare de voir des dettes d'assurance maladie composées à hauteur de 15% de frais de recouvrement. Les assureurs maladie qui bénéficient déjà de nombreux privilèges dans la procédure de poursuite (inclusion des primes dans le minimum vital, privilège dans la répartition de la saisie, possibilité de lever eux-mêmes les oppositions, compensation par l'Etat de 85% du montant des actes de défaut de biens) ne devraient pas pouvoir exiger des frais de recouvrement qui dépassent les frais réellement engagés. La plupart des procédures de rappel sont informatisées, elles ne nécessitent que très peu d'intervention humaine et n'engendrent donc que de très faibles coûts. Aujourd'hui les frais de recouvrement importants demandés par certains assureurs contribuent à l'endettement sans fin de nos consultants et participent largement à créer un sentiment de découragement qui conduit à l'abandon de tout effort en vue de redresser la situation. Le plus choquant du point de vue de l'Etat, concerne les procédures de poursuite qui finissent en ADB. Dans ces cas les cantons payent 85% d'une créance souvent composée à hauteur d'au moins 15% de frais de recouvrement, ce qui revient à dire qu'en réalité les cantons payent le 100% des frais énumérés à l'article 64 a al. 3 (<i>primes et participations aux coûts arriérées, intérêts moratoires et frais de poursuites</i>) puisque les frais de recouvrement ne font pas partie de cette liste.	
--	--	--	--	--	--

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

			Cette situation résulte du fait que les ADB ne distinguent pas les différents postes de la créance et que des frais de recouvrement, parfois exorbitants, se retrouvent mélangés aux primes impayées. En conclusion, tenant compte du fait que l'assurance maladie doit rester une assurance sociale, nous demandons l'interdiction des frais de recouvrement ou, à tout le moins, leur stricte limitation aux frais effectifs (par ex. : 5.- frs pour un courrier de rappel).	
DCS/SBS	64a	4	Nous regrettons que le projet laisse subsister l'art. 64a al.4 qui crée une situation juridique ambiguë entre l'Etat, les assureurs et les débiteurs. En effet, le remboursement par les cantons de 85% de la créance, mais sans rachat de la créance, crée une situation inextricable dans laquelle le canton ne peut pas négocier des ADB qui ne lui appartiennent pas et où les assureurs estiment qu'ils ne peuvent pas accepter un paiement partiel pour solde de tout compte en raison du remboursement reçu par le canton. En d'autres termes, les tentatives de trouver un accord avec tous les créanciers pour un remboursement partiel dans le cadre d'un arrangement à l'amiable (333 LP) se retrouvent souvent bloquées par le refus des assureurs qui affirment n'avoir pas le droit de transiger. Cette situation est particulièrement grave quand on sait que plus de 60 % des personnes qui consultent nos services ont des dettes d'assurance maladie. Par ailleurs, la règle mise en place par cet alinéa, en cas de recouvrement auprès du débiteur, est également choquante puisqu'elle peut conduire à un remboursement allant jusqu'à 135% de la dette pour les assureurs, alors que les cantons ne pourront jamais recevoir plus d'une partie du montant qu'ils ont payé (50% au lieu de 85%).	Supprimer cet alinéa

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

				Ce risque d'enrichissement de la part de l'assureur et l'impossibilité pour les cantons de récupérer le montant qu'ils ont payé, même en cas de retour à meilleur fortune du débiteur, pose problème tant du point de vue de l'équité que de la défense des intérêts publics. Nous proposons donc la suppression de l'art. 64a al.4	
DCS/SBS	64a	5		DCS salue la possibilité, instaurée par le projet de nouvel al. 5, que les cantons puissent racheter les ADB moyennant un paiement de 90% de la créance, mais nous aurions souhaité qu'elle devienne la règle (voir ci-dessus ad art 64a al.4). Cette nouvelle façon d'agir, si elle est utilisée par les cantons, créera de vraies opportunités de désendettement aujourd'hui quasi inexistantes. Avec le rachat à 90%, le débiteur se retrouvera dans une situation plus claire et négociera avec son vrai créancier lorsqu'il s'agira de trouver un accord sur les modalités de remboursement de sa dette. La possibilité de changer de caisse, après le rachat de la dette par le canton, constituerait également un vrai progrès, car cette interdiction de changement de caisse contribue aujourd'hui à augmenter l'endettement des débiteurs en ne leur permettant pas de choisir une assurance moins chère (voir également ci-dessous ad art. 64a al.6).	
DCS/SBS	64a	6		Nous proposons la suppression pure et simple de cet alinéa qui n'a jamais atteint ses buts, soit de faire pression sur les	Supprimer cet alinéa

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

				débiteurs en retard de paiement et d'éviter des situations de créanciers multiples. En effet, les assurés en retard de paiement ne vont pas trouver plus de moyens pour payer leurs arriérés du fait qu'ils sont empêchés de changer de caisse! Bien au contraire, le fait d'avoir des primes courantes plus élevées, constitue évidemment un frein supplémentaire au remboursement des arriérés. Quant aux situations de multiples créanciers, elles sont plutôt favorisées par cette règle. En effet, l'interdiction de changer de caisse aboutit à de nombreuses situations inextricables de doubles affiliations, puisque les débiteurs en retard de paiement contractent fréquemment une nouvelle assurance moins chère, sans se rendre compte qu'ils ne pourront pas se défaire de leur premier contrat. Malgré la règle claire de la loi sur les conséquences d'une double assurance, la pratique montre qu'il est très difficile pour des débiteurs sans connaissances juridiques de se défaire du second contrat et qu'il n'est pas rare que ces situations aboutissent à des ADB pour les deux assurances et, in fine, au remboursement par le canton des deux créances à hauteur de 85%. De plus, comme le relève le rapport à la page 22, §1, même en l'absence d'une double affiliation, l'interdiction de changer pour une assurance moins chère aboutit, en cas d'insolvabilité de l'assuré et donc de remboursement à 85% de l'ADB, à une augmentation des frais pour les cantons.	
DCS/SBS	64a	7		DCS soutient fortement la proposition de suppression de l'alinéa 7 et donc des listes noires qui empêchent, dans les	

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

				cantons qui appliquent cette règle, les assurés en retard de paiement d'accéder à des soins ordinaires. Non seulement cette pratique est cruelle et indigne d'un Etat qui se préoccupe de santé publique, mais elle n'a jamais fait ses preuves en tant qu'incitation pour les assurés à payer leurs primes. Cette réglementation est basée sur la fausse prémisse que les assurés qui sont en retard de paiement choisissent de ne pas honorer leurs obligations, alors que, dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'une impossibilité, faute de moyens suffisants, de payer ses primes.	
DCS/SBS	64a	7bis		Comme nous l'avons relevé ci-dessus (ad art. 64a al. 6), DCS milite pour une suppression complète de l'interdiction de changer d'assurance. Cependant, si cette interdiction de changement de caisse devait subsister, il nous paraît que la proposition de réforme de l'alinéa 7bis, soit de changer unilatéralement les conditions d'assurances aux assurés en retard de paiement, en vue de réduire les primes, serait une « fausse bonne idée ». En effet, l'expérience des situations de surendettement nous a montré que la plupart des personnes concernées par des retards de paiement sont également démunies dans la gestion de leurs affaires administratives. Or, un changement unilatéral des conditions d'assurances, dans une catégorie avec choix limité du fournisseur de prestations, ne serait souvent pas compris et assimilé par les assurés et aboutirait inévitablement à de nombreuses erreurs et donc à des refus de prises en charges de factures par l'assurance suite à des traitements auprès d'un médecin non autorisé par le nouveau contrat.	Supprimer cet alinéa

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

				Il en résulterait une augmentation de l'endettement des assurés et de nombreux contentieux entre assurés, prestataires et assurances, ce qui ne peut pas être le but visé par cette proposition de réforme. Les modifications volontaires du contrat, au sein de la même assurance, sont déjà possibles avec le droit en vigueur; par contre, les principes de la liberté contractuelle et de l'autonomie de la volonté devraient s'opposer à de tels changements unilatéraux. Pour toutes ces raisons DCS propose de rejeter cet alinéa.	
DCS/SBS	DT	1		Pour les même raisons que ci-dessus (ad art 64a al. 5), DCS soutient fortement la proposition d'autoriser les cantons à racheter les anciennes créances déjà compensées à 85%, moyennant un supplément de 3%.	

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

Inclusion Handicap
Mühlemattstrasse 14a
3007 Bern

info@inclusion-handicap.ch
www.inclusion-handicap.ch

INCLUSION.
HANDICAP

Dachverband der
Behindertenorganisationen Schweiz

Association faîtière des organisations
suisses de personnes handicapées

Mantello svizzero delle organizzazioni
di persone con disabilità

STANDESINITIATIVE 16.312 ERGÄNZUNG VON ARTIKEL 64A KVG BETREFFEND VOLLSTRECKUNG DER PRÄMIENZAHLUNGSPFLICHT DER VERSICHERTEN

Stellungnahme Inclusion Handicap



05.10.2020

A Allgemeine Bemerkungen

Mit der Inkraftsetzung von Art. 64a KVG wurden die Kantone ermächtigt, Versicherte, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, auf einer Liste zu erfassen und somit ihren Zugang zu medizinischen Behandlungen auf nicht weiter definierte Notfallbehandlungen zu beschränken. Diese von gewissen Kantonen geführten sogenannten schwarzen Listen haben teilweise gravierende Auswirkungen. Tragisches Beispiel aus dem Jahre 2018: Einem HIV-positiven Patienten wurden aufgrund der Liste seines Wohnkantons die zur Behandlung notwendigen Medikamente verweigert, was später dazu führte, dass der Mann verstarb.

Rund zehn Jahre nach Inkraftsetzung von Art. 64a KVG zeigt sich, dass nicht die Zahlungsunwilligkeit, sondern die Zahlungsunfähigkeit Grund dafür ist, dass gewisse Personen mit der Prämienzahlung im Verzug sind, und dass die Führung von schwarzen Listen an dieser Zahlungsunfähigkeit nichts zu ändern vermögen. Im Gegenteil, die schwarzen Listen führten in der Vergangenheit vielmehr zu mehreren Streitigkeiten über die Übernahme von medizinischen Behandlungskosten durch die Krankenkassen, bis hin zum eingangs geschilderten Fall des Todes eines Menschen. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates schlägt nun mit ihrem erläuternden Bericht zur Standesinitiative 16.312 vor, die kantonale Kompetenz zur Führung von schwarzen Listen abzuschaffen. Inclusion Handicap unterstützt diesen Vorschlag voll und ganz.

Menschen mit Behinderungen leben in vielen Fällen in engen finanziellen Verhältnissen. Es kann daher durchaus immer wieder einmal vorkommen, dass sie ihre Krankenkassenprämien und ihre Kostenbeteiligungen nicht oder nicht rechtzeitig begleichen können. Insbesondere chronisch Erkrankte sind aber dringend darauf angewiesen, dass sie die notwendigen Behandlungen ohne Unterbruch weiterführen können. Durch die von einigen Kantonen geführten schwarzen Listen wird dies jedoch verhindert. Ein Zustand der nun endlich geändert werden soll und den es aus der Sicht von Inclusion Handicap dringend zu ändern gilt.

B Materielle Bemerkungen

1. Art. 64a Abs. 1^{bis} KVG

Mit einem neuen Abs. 1^{bis} von Art. 64a KVG schlägt die Kommission vor, dass Minderjährige selber keine Prämien und Kostenbeteiligungen mehr schulden, sondern dass ausschliesslich und somit auch nach dem Erreichen ihrer Volljährigkeit ihre Eltern dafür haften sollen.

Inclusion Handicap begrüsst es sehr, dass junge Erwachsene nicht mehr für ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen belangt werden können, die während ihrer Minderjährigkeit angefallen sind und für deren Bezahlung ihre Eltern hätten sorgen müssen. Es ist wichtig, dass junge Erwachsene und insbesondere auch junge Erwachsene mit Behinderungen nach Erreichen des 18. Altersjahrs nicht mit Schulden ins Erwachsenenleben starten.

➔ **Inclusion Handicap unterstützt Art. 64a Abs. 1^{bis} KVG voll und ganz.**

2. Art. 64a Abs. 7 KVG

Die Kommissionsmehrheit schlägt vor, den bisherigen Abs. 7 von Art. 64a KVG ersatzlos zu streichen. Inclusion Handicap unterstützt diesen Vorschlag voll und ganz.

Wie eingangs erwähnt leben Menschen mit Behinderungen oftmals in äusserst engen finanziellen Verhältnissen. Dies führt immer wieder einmal dazu, dass sie ihre Krankenkassenprämien und ihre Kostenbeteiligungen nicht oder nicht rechtzeitig begleichen können. Insbesondere Menschen mit chronischen Krankheiten sind aber dringend und ohne Unterbruch auf notwendige medizinische Behandlungen angewiesen. Die von einigen Kantonen geführten schwarzen Listen verhindern dies aber immer wieder und es kommt zu langwierigen Streitigkeiten über die Übernahme von medizinischen Behandlungskosten durch die Krankenkassen. Dadurch verstreicht kostbare Zeit, in der sich der Gesundheitszustand der Betroffenen erheblich zu verschlechtern droht. Die Kommissionsmehrheit will diesen Zustand ändern, was Inclusion Handicap voll und ganz begrüsst.

Den Antrag der Kommissionsminderheit (Häberli-Koller, Bischof, Kuprecht, Müller Damian), wonach Abs. 7 von Art. 64a KVG mit einem dritten und vierten Satz ergänzt werden soll und welcher die Möglichkeit von schwarzen Listen beibehalten möchte, lehnt Inclusion Handicap hingegen entschieden ab.

- ➔ **Inclusion Handicap unterstützt die Kommissionsmehrheit bei Art. 64a Abs. 7 KVG voll und ganz.**
- ➔ **Inclusion Handicap lehnt die Kommissionsminderheit bei Art. 64a Abs. 7 KVG entschieden ab.**

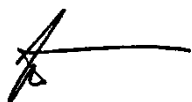
3. Art. 64a Abs. 7^{bis} KVG

Den Vorschlag der Kommission in Art. 64a Abs. 7^{bis} KVG beurteilt Inclusion Handicap als kritisch. Dass Versicherer Personen mit Zahlungsausständen in einem Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zu versichern haben, birgt die Gefahr, dass die Versicherer die Leistungsqualität entsprechender Modelle trotz gesetzlich identischer Pflichtleistung verringern werden. Es ist zudem nicht auszuschliessen, dass die grösseren Versicherer eigens für Versicherte mit Zahlungsausständen Alternativmodelle kreieren werden, die dann dem Grundprinzip des obligatorischen Versicherungsschutzes der KVG-Versicherung zuwiderlaufen.

- ➔ **Inclusion Handicap beurteilt die Versicherung von Personen mit Zahlungsausständen in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers als kritisch.**

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und bitten Sie, die darin formulierten Anliegen zu berücksichtigen.

Freundliche Grüsse



Julien Neruda, Geschäftsleiter

Die Mitgliederorganisationen von Inclusion Handicap

Asrimm | autismusschweiz | FRAGILE Suisse | GELIKO (Schw. Gesundheitsligen-Konferenz) |
inclusione andicap ticino | insieme Schweiz | PluSport | pro audito Schweiz | Procap | Pro Infirmis | Pro
Mente Sana | Schw. Blinden- und Sehbehindertenverband (SBV) | Schw. Gehörlosenbund (SGB) |
Schw. Multiple Sklerose Gesellschaft | Schweizer Paraplegiker-Vereinigung | Schw. Stiftung für das
cerebral gelähmte Kind | Schw. Zentralverein für das Blindenwesen (SZBlind) |
Sonos – Schw. Hörbehindertenverband | Verband Dyslexie Schweiz | Vereinigung Cerebral Schweiz

**Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Ständerates (SKG-SR)
3003 Bern**

Zürich, 1. Oktober 2020

**16.312 Standesinitiative; Ergänzung von Art. 64a KVG betreffend Vollstreckung
der Prämienzahlungspflicht der Versicherten; Vernehmlassung**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident Rechsteiner

Pro Mente Sana ist eine gesamtschweizerische Stiftung und die wichtigste sprachregional übergreifende und unabhängige Anlaufstelle für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung, deren Angehörige und Fachleute. Nachfolgend nehmen wir gerne die Gelegenheit wahr, zur titelerwähnten Vorlage Stellung zu nehmen.

Gemäss Vorlage sollen junge Erwachsene nicht mehr für Prämien und Kostenbeteiligungen belangt werden können, die während ihrer Minderjährigkeit angefallen sind. Ferner sollen die Krankenversicherungen die säumigen Versicherten höchstens vier Mal pro Jahr betreiben dürfen. Gemäss dem Vorschlag einer Mehrheit der SGK-SR soll zudem die Führung von schwarzen Listen mit säumigen Prämienzahlenden nicht mehr erlaubt sein. Damit soll verhindert werden, dass diese in den Kantonen, die schwarze Listen führen, von Ärzt*innen und Spitälern nur noch bei Notfällen behandelt werden dürfen. Stattdessen sollen die säumigen Prämienzahlenden neu in einem günstigen Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringenden weiterversichert werden. Eine Minderheit der SGK-SR hingegen spricht sich dafür aus, die Führung schwarzer Listen weiterhin zu erlauben und im Gegenzug den Begriff der Notfallbehandlungen schweizweit festzulegen.

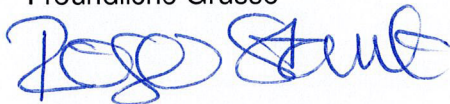
Pro Mente Sana **begrüss**t die vorliegende Revision in ihrem Grundsatz. Die von der Kommission vorgeschlagene Korrektur der Situation, dass Minderjährige für in Vergangenheit akkumulierte Prämien schulden aufkommen müssen, sobald sie erwachsen werden, unterstützen wir vehement. Diese unhaltbare Situation muss sobald wie möglich der Vergangenheit angehören.

Grundsätzlich befürworten wir auch den Antrag der Kommissionsmehrheit bzgl. **Ab-schaffung der schwarzen Listen**. Dies ist aus unserer Sicht dringend nötig, denn

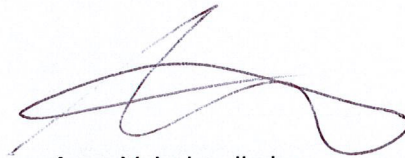
Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen leben häufig in äusserst engen finanziellen Verhältnissen und es kommt immer wieder vor, dass sie die Krankenkassenprämien und die Kostenbeteiligungen nicht oder nicht rechtzeitig begleichen können. Sie sind aber dringend darauf angewiesen, dass die notwendigen Behandlungen ohne Unterbruch weitergeführt werden können. Gleichzeitig erachten wir diesen Vorschlag als eine vorübergehende Lösung. Äusserst kritisch stehen wir nämlich der damit einhergehenden Einschränkung der Wahl der Leistungserbringenden gegenüber. Langfristig wäre es unseres Erachtens zielführender, die Prämienlast auf höchstens 10% des verfügbaren Einkommens eines Haushalts zu begrenzen, wie dies die Anfang 2020 zustande gekommene Prämienentlastungsinitiative fordert. Den Antrag der Kommissionsminderheit lehnen wir hingegen ab, da er lediglich die gegenwärtige Situation zementiert.

Für die wohlwollende Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir Ihnen im Voraus.

Freundliche Grüsse



Roger Staub, MPH, MAE
Geschäftsleiter



Aner Voloder, lic.iur.
Fachverantwortung Recht

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates

per Mail an:

aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch

gever@bag.admin.ch

Basel, 26. August 2020

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

Sehr geehrte Frau Präsidentin
sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens zum eingangs erwähnten Geschäft Stellung nehmen zu können.

Aus datenschutzrechtlicher Sicht veranlasst uns lediglich die vorgesehene Streichung von Art. 64a Abs. 7 KVG zur Bemerkung, dass wir die Streichung ausdrücklich begrüssen.

Die Führung einer Liste von säumigen Prämienzahlenden stellt einen Eingriff in das Grundrecht auf Schutz der Privatsphäre (Art. 13 Abs. 2 BV) dar, welcher nicht nur einer gesetzlichen Grundlage bedarf, sondern stets auch verhältnismässig sein muss (Art. 36 Abs. 3 BV, spezifisch für Personendatenbearbeitungen Art. 4 Abs. 2 DSG und die sinn-gemässen Bestimmungen der kantonalen Datenschutzgesetze). Das Gebot der Verhältnismässigkeit verlangt, dass eine behördliche Massnahme für das Erreichen des im öffentlichen Interesse liegenden Ziels geeignet und erforderlich ist und sich für die Betroffenen als zumutbar erweist (BGE 136 I 87 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

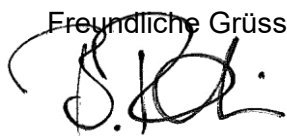
Im erläuternden Bericht wird ausführlich dargelegt, dass das mit der Liste verfolgte Ziel, den Druck auf Versicherte zu erhöhen, die zwar zahlungsfähig, aber zahlungsunwillig sind, nicht erreicht wird; im Gegenteil wird von gesundheitlichen Risiken für die wirtschaftlich und sozial schwachen Bevölkerungsgruppen berichtet (Ziff. 2.2.1).

Stellen solche Listen kein geeignetes Mittel zur Erreichung des erhofften Ziels dar, so würde deren Weiterführung das Verhältnismässigkeitsprinzip und damit letztlich die ver-

fassungsmässigen Garantien bei Grundrechtseingriffen verletzen. Auf sie ist deshalb zu verzichten.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unseres Anliegens. Für Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Beat Rudin
Präsident privatim

Per E-Mail

Ständerat
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
CH-3003 Bern

St. Gallen/Basel, den 4. Oktober 2020

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

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Vernehmlassung in rubrizierter Angelegenheit. Die SVR-ASM hat ihre Bemerkungen zur Revisionsvorlage wunschgemäss im entsprechenden Formular eingetragen. Wir hoffen, Ihnen mit unseren Überlegungen gedient zu haben, und danken Ihnen nochmals für die Gelegenheit zur Vernehmlassung.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Im Namen des Vorstandes



Prof. Dr. Patrick Guidon
Präsident SVR-ASM



lic. iur. Patrik Müller-Arenja
Vorstandsmitglied SVR-ASM

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

Stellungnahme von

Name / Organisation : Schweizerischen Vereinigung der Richterinnen und Richter (SVR) / association suisse des magistrats de l'ordre judiciaire (ASM) / Associazione svizzera dei magistrati (ASM)

Abkürzung der Organisation : SVR-ASM

Adresse : c/o Patrick Guidon, Kantonsgericht St. Gallen, Klosterhof 11, 9001 St. Gallen

Kontaktperson : Patrik Müller-Arenja, Zivilgerichtspräsident Basel-Stadt

Telefon : 061 267 63 70

E-Mail : patrik.mueller@bs.ch

Datum : 4. Oktober 2020

Wichtige Hinweise:

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

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

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

Inhaltsverzeichnis

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

Allgemeine Bemerkungen

Name	Bemerkung/Anregung
SVR-ASM	Das Problem von nicht bezahlten Kinderkrankenkassenprämien sowie Kostenbeteiligungen und die damit verbundenen, einschneidenden Konsequenzen für die betroffenen jungen Erwachsenen ist bei der Schweizer Richterschaft – insbesondere bei den im Familienrecht tätigen Richterinnen und Richtern – bekannt. Insofern begrüsst es die Schweizerische Vereinigung der Richterinnen und Richter (SVR-ASM), dass sich der Gesetzgeber dieser Problematik annimmt. Soweit die SVR-ASM zum diesbezüglichen Vorentwurf Bemerkungen oder Anregungen macht, beschränkt sie sich als Standesorganisation indes auf diejenigen Aspekte, welche im gerichtlichen Alltag von Relevanz sind. Es sind dies in erster Linie die (gerichtliche) Vollstreckung von Krankenkassenprämien sowie der Umgang mit denselben in familienrechtlichen Verfahren – namentlich bei der Unterhaltsfestlegung zwischen den Eltern. Im Übrigen verzichtet die SVR-ASM auf eine weitergehende Vernehmlassung.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SVR-ASM	61a	1		Soweit die Eltern des Kindes gemeinsam mit diesem in einem Haushalt zusammenleben, ist sicherlich angemessen, dass beide Elternteile solidarisch für die KVG-Prämien haften. Leben die Eltern jedoch getrennt, so wird in deren Innenverhältnis für gewöhnlich (ausdrücklich oder zumindest implizit) geregelt sein, welcher Elternteil gegenüber dem Krankenversicherer die Prämie zu bezahlen hat (durch gerichtlichen Entscheid oder aussergerichtliche Vereinbarung). In aller Regel wird dies der obhutsberechtigte Elternteil sein und der andere Elternteil bezahlt im Gegenzug Kinderunterhaltsbeiträge, welche unter anderem der Deckung der KVG-Prämien dienen. Auch dort, wo	Die Prämien für das Kind sind bis zum Ende des Monats, in dem es volljährig wird, ausschliesslich von demjenigen Elternteil geschuldet bei welchem das Kind behördlich gemeldet ist. Leben beide Eltern gemeinsam mit dem Kind im selben Haushalt, sind die Prämien von seinen Eltern solidarisch geschuldet.

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

			die Betreuung des Kindes durch die getrenntlebenden Eltern gemeinsam wahrgenommen wird (alternierende Obhut), wird im Innenverhältnis zwangsläufig geregelt sein, welcher Elternteil gegenüber dem Krankenversicherer die Prämienzahlungspflicht erfüllt. In der Praxis wird in der ganz überwiegenden Mehrheit der Fälle derjenige Elternteil die Prämien bezahlen, bei welchem das Kind auch behördlich gemeldet ist. Es wird daher mit Blick auf die Begebenheiten in der Praxis angeregt, dass bei getrenntlebenden Eltern grundsätzlich jeweils derjenige Elternteil für die KVG-Prämien haften soll, bei welchem das Kind behördlich gemeldet ist. Damit wird verhindert, dass die im Innenverhältnis (zwangsläufig) getroffene Unterhaltsregelung durch die im Aussenverhältnis bestehende Solidarität unterlaufen wird. Namentlich würde es als stossend empfunden, wenn sich die Krankenversicherer im Rahmen des Inkassos mehrheitlich an die – meist leistungsfähigeren – Unterhaltspflichtigen halten würden. Selbst im Fall, in welchem der Kinderunterhalt – und damit die Kostenbeteiligung des anderen Elternteils an den KVG-Prämien des Kindes – vom Unterhaltspflichtigen nicht bezahlt wird, erscheint eine solidarische Haftung unangemessen. Denn in diesen Fällen wird der Unterhalt des Kindes in aller Regel vom Gemeinwesen (unter Übernahme des entsprechenden Inkassorisikos) gegenüber dem Unterhaltsberechtigten bevorschusst und der Unterhaltsverpflichtete sieht sich der Gefahr der (unwiederbringlichen) Doppelzahlung ausgesetzt. Ferner ist mit Blick auf die Vollstreckung anzumerken, dass es für den Krankenversicherer in der Praxis wohl ohnehin einfacher ist, die KVG-Prämien dort erhältlich zu machen, wo das Kind auch gemeldet ist.	
SVR-ASM	61a	2	Wie vorstehend dargelegt (vgl. Art. 61a Abs. 1), wird angeregt, dass bei getrenntlebenden Eltern von einer Solidarhaftung	Im Rahmen der gerichtlichen Unterhaltsregelung kann bei getrenntlebenden Eltern vom Grundsatz

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

			abgesehen wird und stattdessen derjenige Elternteil haften soll, bei welchem das Kind gemeldet ist. Als wenig praktikabel wird hingegen die vorgeschlagene Lösung erachtet, wonach grundsätzlich von Solidarität ausgegangen wird und sich ein Elternteil davon befreien kann, indem er nachweist, dass er zur Unterhaltszahlung verpflichtet ist und diese Beiträge bezahlt. So wird nicht klar, gegenüber wem und in welchem (Vollstreckungs-)Stadium bzw. bis wann der entsprechende Befreiungsbeweis erbracht werden kann resp. spätestens muss. Diese nicht geregelten Fragen müssten in der Praxis erst geklärt werden und es ist davon auszugehen, dass viele getrenntlebende Eltern betroffen wären. Geht man vom angeregten Grundsatz aus, wonach jeweils derjenige Elternteil für die KVG-Prämien haften soll, bei welchem das Kind gemeldet ist, ist jedoch eine Regelung für die (wohl sehr seltenen) Fälle zu treffen, in welchen die Elternteile im Innenverhältnisse eine abweichende Regelung getroffen haben – sprich dort, wo gemäss Unterhaltsregelung ausnahmsweise der in einem anderen Haushalt wohnhafte Elternteil die KVG-Prämien des Kindes direkt bezahlt. Diesfalls könnte vorgesehen werden, dass die Eltern im Rahmen der Unterhaltsfestlegung eine vom vorstehenden Grundsatz abweichende Regelung treffen können. Aufgrund der Aussenwirkung wäre jedoch zu verlangen, dass diese abweichende Regelung dem Krankenversicherer (umgehend) mitgeteilt werden muss. Um allfälligem Missbrauch vorzubeugen (bspw. indem bewusst der nicht-leistungsfähige Elternteil bezeichnet wird), müsste wohl zudem verlangt werden, dass die entsprechende Unterhaltsregelung (durch das Gericht oder die KESB) vorgenommen oder genehmigt wurde.	gemäss Abs. 1 abgewichen und festgelegt werden, dass der jeweils andere Elternteil die Prämien für das Kind schuldet. Der entsprechende Entscheid ist dem Versicherer mitzuteilen.
--	--	--	---	---

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

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
SVR-ASM			

Per E-Mail an:

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

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit
Herr Ständerat Paul Rechsteiner
3003 Bern

Lausanne, 25. September 2020

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

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
sehr geehrte Damen und Herren Ständeräte

Die Schweizerische Gesellschaft für Haftpflicht- und Versicherungsrecht (SGHVR) erlaubt sich, sich im Rahmen der Vernehmlassung zur oben erwähnten Vorlage zu äussern. Entsprechend der Ausrichtung unserer Gesellschaft gilt unser primäres Interesse der wissenschaftlichen Durchdringung der geregelten Materie sowie deren Beurteilung aus der Sicht des gesamten sozialen Sicherungssystems.

Vor diesem Hintergrund beschränkt sich unsere Vernehmlassungsantwort auf die folgenden Punkte:

I. Grundsätzlich

Dem Begleitbericht entnehmen wir, dass heute – trotz Prämienverbilligung – die Krankenversicherer jährlich zwischen 700'000 und 1'000'000 Betreibungen einleiten müssen und ihnen schliesslich Verlustscheine über fast 400 Millionen Franken ausgestellt werden. Vor diesem Hintergrund fragen wir uns, ob die Finanzierung des Gesundheitswesens noch zeitge-

mässig ist und nicht ein viel grösserer Revisionsbedarf besteht, als die vorgeschlagene Teilrevision des KVG vorsieht. Sicher ist auf jeden Fall, dass die uns unterbreitete Vorlage kaum mehr als ein Tropfen auf einen heissen Stein ist. Wir zweifeln deshalb am Sinn der Vorlage und fragen uns, ob sich der damit verbundene Aufwand lohnt.

Im Einzelnen nehmen wir wie folgt Stellung:

II. Verzicht auf schwarze Listen

Wir begrüssen den von der Kommissionsmehrheit vorgeschlagenen Verzicht auf schwarze Listen. Entsprechend lehnen wir auch den Vorschlag der Kommissionsminderheit ab, die den Kantonen solche schwarzen Listen weiterhin erlauben möchte. Wird auf schwarze Listen verzichtet, so braucht der Gesetzgeber auch nicht die (schwierige) Frage zu beantworten, was unter einer Notfallbehandlung zu verstehen ist, auf die ein Versicherter bei Ausstellung eines Verlustscheins Anspruch hat.

Der Verzicht auf schwarze Listen ist nun aber nicht gleichbedeutend damit, dass den säumigen Versicherten keine Nachteile drohen. So hält der Vorentwurf daran fest, dass die Kantone von den Versicherern verlangen können, dass ihnen säumige Versicherte gemeldet werden (Art. 64a Abs. 2 VE-KVG). Dabei bleibt unklar, welchem Zweck diese Meldung genau dient. Nach dem Vorschlag der Kommission besteht neu zudem die Pflicht der Versicherer, die Versicherten bei Ausstellung eines Verlustscheins in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers zu versichern (Art. 64 Abs. 7bis VE-KVG). Und schliesslich verlieren diese Versicherten auch das Recht, den Versicherer zu wechseln (Art. 64 Abs. 6 VE-KVG).

Die erwähnten Massnahmen sind aus der Optik des Staates, der für ausstehende Forderungen der Versicherten aufkommen muss, verständlich. Trotzdem wecken sie Bedenken, weil nicht nach dem Grund der Säumnis gefragt und damit gleichsam unterstellt wird, die Versicherten würden mutwillig ihren Verpflichtungen gegenüber den Versicherern nicht nachkommen. Dies ist nun aber keineswegs zwingend so. Vielmehr kann der Grund auch in einem Schicksalsschlag liegen, beispielsweise dem Verlust des Arbeitsplatzes oder einer Scheidung. Unsere diesbezüglichen Bedenken werden auch nicht dadurch zerstreut, dass der Bundesrat Ausnahmen vom Wechsel in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers vorsehen kann (Art. 64 Abs. 7bis 2. Satz). Unklar bleibt beim Ganzen, was nach Meinung der Kommission der Grund für eine solche Ausnahme sein könnte.

III. Rückkauf von Verlustscheinen

Einverstanden sind wir mit dem Vorschlag, wonach der Kanton die den Versicherern ausgestellten Verlustscheine "zurückkaufen" kann, wenn sie diesen 90% der Verlustscheinsforderung ersetzen (Art. 64 Abs. 4 und 5 VE-KVG): Die Kantone scheinen uns besser als die Versicherer geeignet, die Verlustscheine zu bewirtschaften. Dies gilt umso mehr, als davon auszu-

gehen ist, dass die Versicherten häufig nicht nur ihren Verpflichtungen gegenüber der Krankenkasse nicht nachkommen können, sondern auch noch weitere Schulden gegenüber dem Staat haben, namentlich Steuerschulden.

In diesem Zusammenhang regen wir an zu prüfen, ob dem Kanton die Verlustscheine nicht bereits dann auszuhändigen sind, wenn dieser, wie dies heute der Fall ist, die Versicherer bloss im Umfang von 85% der Verlostscheinsforderung entschädigt. Der Verzicht auf einen Zuschlag von 5% bedeutete auf jeden Fall eine wünschenswerte Vereinfachung des Systems, fiel damit doch auch die Rückerstattung an die Kantone von 40% des nachträglich erhältlich gemachten Geldes weg. Im Ergebnis würde sich so wohl kaum etwas an der Lastenverteilung zwischen den Kantonen und den Versicherern ändern.

IV. Beschränkung der Betreibungen

Wir sind damit einverstanden, die Anzahl jährlicher Betreibungen auf vier zu beschränken (Art. 64a Abs. 2 VE-KVG), befürchten aber, dass damit erneut reine Symptombekämpfung betrieben wird. Unklar ist auch, mit welchen (zusätzlichen) Verlusten die Versicherer rechnen müssen, wenn sie die Versicherten nur noch vier Mal im Jahr betreiben dürfen. Unklar ist auch, ob und wie kontrolliert werden soll, dass nur vier Betreibungen jährlich gegen den gleichen Versicherten angestrengt werden. Namentlich wenn die versicherte Person ihren Wohnort wechselt, scheint uns dies sehr schwierig, wenn nicht gar unmöglich zu sein. Dies gilt erst recht, wenn sich die Versicherten nicht selber gegen weitere Betreibungen zur Wehr setzen.

IV. Ausschliessliche Haftung der Eltern für die Prämien ihrer (minderjährigen) Kinder

Wir finden es richtig, dass ausschliesslich die Eltern für die Prämien ihrer minderjährigen Kinder haften (Art. 64 Abs. 1bis VE-KVG) und fragen uns, weshalb dies nach geltendem Recht anders sein soll. Es macht jedenfalls keinen Sinn und ist stossend, wenn junge Erwachsene für Forderungen der Versicherer, namentlich Prämien, gerade stehen müssen, die fällig geworden sind, als sie noch nicht volljährig waren. Dies gilt auch in jenen wohl eher seltenen Fällen, dass ein Kind infolge der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ausnahmsweise in die Lage versetzt wird, den früheren Verpflichtungen nachzukommen. Nicht ganz so einfach wird allerdings auch in diesem Fall die praktische Umsetzung dieser Neuerung sein: Der Vorentwurf spricht davon, dass die Eltern solidarisch für die ausstehenden Prämien ihrer minderjährigen Kinder haften, ausser die Prämien seien nur von einem Elternteil geschuldet. Unklar ist, wann letzteres der Fall ist. Dass die Eltern nach einer Scheidung nicht mehr solidarisch für die Krankenkassenprämien ihrer Kinder haften, scheint uns richtig; Bedenken hätten wir hingegen, wenn die Solidarität bereits mit dem Abschluss einer Trennungsvereinbarung dahinfiele. Wir bitten, die Frage im Begleitbericht zur Vorlage zu vertiefen.

Mit freundlichen Grüßen

Schweizerische Gesellschaft für Haftpflicht- und Versicherungsrecht

Felix Schöbi, PD Dr. iur.
Vizepräsident

Stephan Fuhrer, Prof. Dr. iur.
Präsident

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

Stellungnahme von

Name / Organisation : Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe

Abkürzung der Organisation : SKOS

Adresse : Monbijoustrasse 22, 3000 Bern

Kontaktperson : Dr. iur. Alexander Suter, Stv. Geschäftsführer

Telefon : 031 326 19 17

E-Mail : alexander.suter@skos.ch

Datum : 6. Oktober 2020

Wichtige Hinweise:

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

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

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

Inhaltsverzeichnis

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

Allgemeine Bemerkungen

Name	Bemerkung/Anregung
SKOS	Gesundheitsversorgung von Armutsbetroffenen ist eine Herausforderung Ein Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit wird durch diverse Studien belegt: Verschuldete und armutsbetroffene Personen sind stärker durch gesundheitliche Probleme belastet als andere Personen, und zudem verzichten sie aus Kostengründen häufiger auf den Gang in eine Praxis oder ins Spital (Lucas et al., 2019). Dadurch können gesundheitliche Beschwerden chronisch werden, mit entsprechenden Folgen für betroffene Personen und Kosten für die Allgemeinheit. Diese Wechselwirkung zu durchbrechen ist eine sozialpolitische Herausforderung, wozu die hier behandelte Vorlage einen Beitrag leisten kann.
SKOS	Individuelle Prämienverbilligungen Ein wirksames Element zur Verminderung der Gesundheitskosten von Haushalten mit tiefem Einkommen sind individuelle Prämienverbilligungen. Sparmassnahmen bei der IPV führen zu grösseren Prämienausständen bei den Krankenkassen. Aus Sicht der SKOS ist es deshalb wichtig, dass der Zugang zu IPV nicht weiter eingeschränkt wird.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SKOS	61a	1		Junge Erwachsene haben ein erhöhtes Verschuldungs- und Armutsrisiko, weil die Lebensphase zwischen 18 und 25 Jahren geprägt ist von Übergängen in Bezug auf Ausbildung, Beruf, Arbeitsstelle, Familie und allenfalls eigene Kinder. Junge Erwachsene sollten daher nicht zusätzlich durch Schulden belastet werden, die in die Verantwortung ihrer Eltern fallen. Dieses Ziel der Vorlage wird von der SKOS explizit unterstützt.	

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

				Es entspricht denn auch den neu revidierten SKOS-Richtlinien, wonach junge Erwachsene nicht rückerstattungspflichtig sind für Unterstützungsleistungen, die während ihrer Minderjährigkeit oder Erstausbildung bezogen wurden.	
SKOS	64a	2		Begrüssst wird, dass ausstehende Prämien nicht mehr monatlich, sondern in grösseren Abständen betrieben werden sollen. Dies entlastet sowohl die betroffenen Personen wie auch die Verwaltung. Die SKOS schlägt maximal 2 Betreibungen pro Jahr vor.	
SKOS	64a	6		Personen, die mit Sozialhilfe unterstützt werden, müssen in der Regel so günstig wie möglich gegen Krankheit versichert sein. Nach geltendem Recht ist jedoch ein Versicherungswechsel bei ausstehenden Prämien nicht möglich. Dies hat zur Folge, dass die Schulden weiter zunehmen und der Handlungsspielraum eingeschränkt wird. Es wird daher begrüsst, dass die Kantone die Möglichkeit haben, durch die Übernahme eines höheren Prämienanteils und eine neue Versicherung die Verschuldungssituation zu entschärfen.	
SKOS	64a	7		Eine ausreichende und zeitnahe Gesundheitsversorgung ist ein grundrechtlicher Kerngehalt, der auch bei bestehenden Zahlungsrückständen nicht gefährdet sein darf (Art. 12 BV). Eine ausreichende Gesundheitsversorgung ist daher von zentraler Bedeutung für ein menschenwürdiges Dasein und sie muss so ausgestaltet sein, dass ein Behandlungs- resp. Finanzierungsentscheid nicht von der Begriffsauslegung («Notfallbehandlung») und Ermessen abhängig ist. Es ist daher explizit zu begrüssen, dass die Möglichkeit zur Schaffung von Schwarzen Listen mit säumigen Prämienzahlenden abgeschafft werden soll.	

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

Stellungnahme von

Name / Organisation : Triangel Beratung

Abkürzung der Organisation : Schuldenberatung

Adresse : Bundesstrasse 15, 6300 Zug

Kontaktperson : André Widmer

Telefon : 041 728 80 80

E-Mail : andre.widmer@triangel-zug.ch

Datum : 15.09.2020

Wichtige Hinweise:

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

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

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

Inhaltsverzeichnis

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name	Bemerkung/Anregung
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	Wir sind dezidiert der Meinung der Kommission, dass das Führen von «schwarzen Listen» nicht mehr vertretbar ist.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	Wir unterstützen die Kommissionmeinung, dass die Krankenversicherer die säumigen Prämienzahler neu in einem günstigeren Versicherungsmodell, mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers versichern. In diesem Kontext darf die Franchise nicht erhöht werden, sinnvollerweise wählt man die tiefste Möglichkeit.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)					
Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	64a	5		Die Kanton dürfen diese Entscheidung nicht an die Gemeinden delegieren.	... wieder wechseln. Diese Entscheidung kann nicht an die Gemeinden delegiert werden.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	64a	5		Kantone mit einer «schwarzen Liste» müssen zwingend Abs. 5 umsetzen.	... wieder wechseln. Diese Entscheidung kann nicht an die Gemeinden delegiert werden. Kantone welche eine Liste für die säumigen Prämienzahlenden führen, müssen Abs. 5 umsetzen.

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

Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
---	--	--	--	--	--

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			

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

Stellungnahme von

Name / Organisation : Wettbewerbskommission

Abkürzung der Organisation : WEKO

Adresse : Hallwylstrasse 4, 3003 Bern

Kontaktperson : Holzmüller Franca, Sekretariat der WEKO, Referentin

Telefon : 058 463 44 88

E-Mail : franca.holzmueller@weko.admin.ch

Datum : 2.10.2020

Wichtige Hinweise:

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

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

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

Inhaltsverzeichnis

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name	Bemerkung/Anregung
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	Besten Dank für die Berücksichtigung im Rahmen obgenannten Vernehmlassungsverfahrens. Seitens der Wettbewerbskommission bestehen keine Bemerkungen .
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)					
Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du					

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

renvoi introuvable.					
------------------------	--	--	--	--	--

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			