



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Präsident Paul Rechtsteiner
Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
3003 Bern

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

Bern, 29. September 2020

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

Sehr geehrter Herr Präsident

Wir danken Ihnen für das Schreiben vom 15. Juni 2020 und die Möglichkeit, an der erwähnten Vernehmlassung teilnehmen zu dürfen.

Die vorgeschlagene Gesetzesänderung wird von curafutura grundsätzlich begrüsst. Die Tatsache, dass junge Erwachsene keine Prämien und Kostenbeteiligungen mehr schulden sollen, die während ihrer Minderjährigkeit angefallen sind, löst eine aktuell stossende Situation. Zudem steht curafutura seit Jahren schwarzen Listen kritisch gegenüber, weshalb wir ihre vorgesehene Abschaffung positiv beurteilen. Die Bewirtschaftung der Listen ist nämlich sowohl für die Krankenversicherer als auch für die Kantone – bei unklarem Nutzen – mit erheblichem Aufwand verbunden. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass die medizinische Grundversorgung betroffener Personen in wirtschaftlich und sozial schwacher Position teilweise nur ungenügend gewährleistet werden kann. Der Wegfall des Leistungsaufschubs nach Art. 64a Abs. 7 KVG bzw. der Einschränkung des Versichererwechsels nach Art. 64a Abs. 6 KVG mit der Übernahme des Verlustscheines ist ebenfalls eine positive Entwicklung.

Den Minderheitsantrag, mit dem im KVG für Kantone noch die Möglichkeit bestünde, Listen von säumigen Prämienzahlenden unter der Voraussetzung einer klareren Definition der Notfallbehandlung zu führen, lehnt curafutura hingegen ab. Die Definition des Notfalls ist problematisch und es besteht die Gefahr, dass in gewissen Fällen die medizinische Grundversorgung nur ungenügend gewährleistet werden kann.

Obwohl curafutura die Gesetzesänderung grundsätzlich begrüsst, gibt es gleichzeitig Anpassungsbedarf in der Vorlage.

- **Pflicht, die versicherte Person in einem Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer aufzunehmen:** Die Vorlage sieht im Moment vor, dass sobald für eine versicherte Person ein Verlustschein ausgestellt wird, der Versicherer die Person in eine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer aufnehmen muss. Diese Bestimmung lehnt curafutura ab. Erstens besteht die Gefahr, dass damit die Risikostruktur solcher Modelle verzerrt



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

wird, zuungunsten der Versicherten, die sich für ein solches Modell entschieden haben. Es ist deshalb notwendig, im Interesse der Versichertengemeinschaft diese Bestimmung aus dem Gesetz zu streichen. Zweitens würde die Bestimmung zu einem grossen administrativen Aufwand führen. Drittens, wie im erläuternden Bericht erwähnt, gibt es Versicherer, die keine solchen Modelle anbieten, weshalb diese Bestimmung nicht umsetzbar wäre. Diese Ausnahme würde unzulässige Ungleichbehandlungen zwischen einzelnen Krankenversicherern schaffen, abhängig davon, ob alternative Versicherungsmodelle angeboten werden.

- **Bewirtschaftung der Verlustscheine:** Es ist problematisch, dass mit der Gesetzesänderung keine einheitliche schweizweite Regelung eingeführt wird, sondern dass verschiedene Regelungen koexistieren würden. Eine optionale Regelung führt zu administrativen Zusatzkosten und einem kantonalen Umsetzungs-«Wildwuchs». curafutura vertritt deshalb den Standpunkt, dass die neu eingeführte Regel (Art. 64a Abs. 5) im Falle einer Umsetzung nicht optional sein soll, sondern schweizweit gelten soll. Auch ist der vorgeschlagene Prozentsatz von 90 Prozent zu niedrig, um die Ertragsausfälle aus der Verlustscheinbewirtschaftung zu kompensieren: Die entstehende finanzielle Lücke müsste über Prämienhöhungen finanziert werden. Der Prozentsatz für die Übernahme der Forderungen soll so angesetzt sein, dass kein zusätzlicher Verlust resultiert: Dies wäre mit einem Prozentsatz von 92 Prozent der Fall. Zudem besteht gemäss Art. 64a Abs. 3 der Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aus ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten. Das heisst, dass die Mahngebühren, die durchschnittlich ein Fünftel der Kosten betragen, nicht in diesem Gesamtbetrag eingeschlossen sind. Die Mahngebühren sollten deshalb im Gesamtbetrag eingeschlossen werden. Dies würde es erlauben, den korrekten Betrag der Forderungen zu widerspiegeln und die finanzielle Lücke, die für die Krankenversicherer bei einer Übernahme der Verlustscheine entsteht, zu reduzieren. Damit würden allfällige negative Auswirkungen einer Zunahme der Verlustscheine auf die Prämienentwicklung vermieden.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme. Gerne stehen wir Ihnen zur Verfügung, wenn Sie Fragen haben oder weitere Informationen benötigen.

Freundliche Grüsse
curafutura

Pius Zängerle
Direktor

Sandra Laubscher
Stv. Direktorin, Leiterin Gesundheitspolitik

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

Stellungnahme von

Name / Organisation : curafutura

Abkürzung der Organisation : cf

Adresse : Gutenbergstrasse 14, 3011 Bern

Kontaktperson : Céline Antonini

Telefon : 031 310 0791

E-Mail : celine.antonini@curafutura.ch

Datum : 29. September 2020

Wichtige Hinweise:

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

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

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

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen _____ 2

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) _____ 3

Allgemeine Bemerkungen	
Name	Bemerkung/Anregung
cf	Es ist zu begrüßen, dass junge Erwachsene keine Prämien und Kostenbeteiligungen, die während ihrer Minderjährigkeit angefallen sind, mehr schulden sollen. Dies löst eine aktuell stossende Situation.
cf	curafutura steht schwarzen Listen seit Jahren kritisch gegenüber, weshalb ihre Abschaffung positiv beurteilt wird. Die Bewirtschaftung der Listen ist sowohl für die KV als auch für die Kantone – bei unklarem Nutzen – mit erheblichem Aufwand verbunden. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass die medizinische Grundversorgung betroffener Personen in wirtschaftlich und sozial schwacher Position teilweise nur ungenügend gewährleistet werden kann. Der Wegfall des Leistungsaufschubs nach Art. 64a Abs. 7 KVG bzw. der Einschränkung des Versichererwechsels nach Art. 64a Abs. 6 KVG mit der Übernahme des Verlustscheines ist ebenfalls eine positive Entwicklung.
cf	Die Vorlage sieht vor, dass sobald für eine versicherte Person ein Verlustschein ausgestellt wird, der Versicherer die Person in eine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer aufnehmen muss. Diese Bestimmung lehnt curafutura ab. Erstens besteht die Gefahr, dass damit die Risikostruktur solcher Modelle verzerrt wird, zuungunsten der Versicherten, die sich für ein solches Modell entschieden haben. Es ist deshalb notwendig, im Interesse der Versichertengemeinschaft diese Bestimmung aus dem Gesetz zu streichen. Zweitens würde die Bestimmung zu einem grossen administrativen Aufwand führen. Drittens, wie im erläuternden Bericht erwähnt, gibt es Versicherer, die keine solchen Modelle anbieten, weshalb diese Bestimmung nicht umsetzbar wäre. Diese Ausnahme würde unzulässige Ungleichbehandlungen zwischen einzelnen Krankenversicherern schaffen, abhängig davon, ob alternative Versicherungsmodelle angeboten werden.
cf	Den Minderheitsantrag, mit dem im KVG für Kantone die Möglichkeit noch bestünde, Listen von säumigen Prämienzahlenden unter der Voraussetzung einer klareren Definition der Notfallbehandlung zu führen, lehnt curafutura hingegen ab. Die Definition des Notfalls ist problematisch und es besteht die Gefahr, dass in gewissen Fällen die medizinische Grundversorgung nicht gewährleistet werden kann.

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

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)					
Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
cf	61a	1		Wenn keine Eltern vorhanden sind, muss der Vormund für die Prämien aufkommen.	Die Prämien für das Kind sind bis zum Ende des Monats, in dem es volljährig wird, ausschliesslich von seinen Eltern oder dem Vormund solidarisch geschuldet.
cf	64	1bis		Wenn keine Eltern vorhanden sind, muss der Vormund für die Kostenbeteiligungen aufkommen.	Die Kostenbeteiligung für das Kind ist bis zum Ende des Monats, in dem es volljährig wird, ausschliesslich von seinen Eltern, vom Elternteil, der die Prämien schuldet oder vom Vormund solidarisch geschuldet.
cf	64a	1bis		Wenn keine Eltern vorhanden sind, muss der Vormund für die Prämien und Kostenbeteiligungen aufkommen. Das Wort „grundsätzlich“ muss entfernt werden.	Ist die versicherte Person minderjährig, sind die Bestimmungen zum Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen grundsätzlich auf ihre Eltern oder ihren Vormund anzuwenden.
cf	64a	3		Im Moment besteht der Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aus ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten. Die Mahngebühren, die durchschnittlich ein Fünftel des Gesamtbetrags betragen, sind nicht eingeschlossen. Mahngebühren sind eine Aufwandsentschädigung nach dem Verursacherprinzip. Damit werden jene Personen, welche die Prämien fristgerecht bezahlen, nicht unnötig belastet. Ohne angemessene Mahngebühren müssten die Aufwände für das Inkasso mit einem Prämienzuschlag abgegolten werden, wodurch alle Versicherten, welche	³ Der Versicherer gibt der zuständigen kantonalen Behörde die betroffenen Versicherten sowie, pro Schuldner und Schuldnerin, den Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse, und Mahngebühren und Betreuungskosten) bekannt, die während des berücksichtigten Zeitraumes zur Ausstellung eines Verlustscheines oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben. (...)

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

				<p>der Zahlungspflicht nachkommen, zusätzlich belastet würden.</p> <p>Eine Einbeziehung dieser Gebühren würde es erlauben, den korrekten Betrag der Forderungen zu widerspiegeln und die finanzielle Lücke, die für die Krankenversicherer bei einer Übernahme der Verlustscheine entsteht, zu reduzieren. Damit würden allfällige negative Auswirkungen einer Zunahme der Verlustscheine auf die Prämienentwicklung vermieden.</p>	
cf	64a	4 und 5		<p>curafutura erachtet es als sehr problematisch, dass keine einheitliche schweizweite Regelung eingeführt wird. Eine optionale Regelung führt zu administrativen Zusatzkosten und einem kantonalen Umsetzungs-«Wildwuchs».</p> <p>curafutura vertritt deshalb den Standpunkt, dass die neu eingeführte Regel im Fall einer Umsetzung nicht optional sein soll, sondern schweizweit gelten soll. Auch ist der vorgeschlagene Prozentsatz von 90 Prozent zu niedrig, um die Ertragsausfälle aus der Verlustscheinbewirtschaftung zu kompensieren: Die entstehende finanzielle Lücke müsste über Prämien erhöhungen finanziert werden. Der Prozentansatz für die Übernahme der Forderungen soll so angesetzt sein, dass kein zusätzlicher Verlust resultiert: Dies wäre mit einem Prozentsatz von 92 Prozent der Fall. Im Moment sind Zahlungen aus Forderungsminderungen durch Prämienverbilligungen oder Korrekturen aus rückwirkender Vertragsmutationen nicht geregelt, weshalb der Absatz noch präzisiert werden könnte.</p>	<p>4 Der Kanton vergütet dem Versicherer 85 Prozent der Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 waren. Der Versicherer bewahrt die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf. Sobald die Schuld vollständig oder teilweise gegenüber dem Versicherer beglichen ist, erstattet dieser 50 Prozent des erhaltenen Betrages an den Kanton zurück.</p> <p>5 Übernimmt der Kanton zusätzlich fünf Prozent der Forderungen, Der Kanton vergütet dem Versicherer zusätzlich fünf Prozent der Forderungen 92 Prozent der Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 waren. die der Versicherer ihm nach Absatz 3 bekanntgegeben hat, so tritt der Versicherer ihm diese Forderungen ab. Der Versicherer tritt diese Forderungen dem Kanton ab. Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung. In diesen Fällen kann die</p>

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

					versicherte Person den Versicherer und die Versicherungsform in Abweichung der Absätze 6 und 7 ^{bis} wieder wechseln.
cf	64a	6		s. Kommentar zu Art. 64a Abs. 3	⁶ In Abweichung von Artikel 7 kann die säumige versicherte Person den Versicherer nicht wechseln, solange die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und , Betreibungskosten und Mahngebühren nicht vollständig bezahlt sind. Artikel 7 Absätze 3 und 4 bleibt vorbehalten.
cf	64a	7	bis	Diese Bestimmung lehnt curafutura ab. Erstens besteht die Gefahr, dass damit die Risikostruktur solcher Modelle verzerrt wird, zuungunsten der Versicherten, die sich für ein solches Modell entschieden haben. Es ist deshalb notwendig, im Interesse der Versichertengemeinschaft diese Bestimmung aus dem Gesetz zu streichen. Zweitens würde die Bestimmung zu einem grossen administrativen Aufwand führen. Drittens, wie im erläuternden Bericht erwähnt, gibt es Versicherer, die keine solchen Modelle anbieten, weshalb diese Bestimmung nicht umsetzbar wäre. Diese Ausnahme würde unzulässige Ungleichbehandlungen zwischen einzelnen Krankenversicherern schaffen, abhängig davon, ob alternative Versicherungsmodelle angeboten werden.	^{7bis} Der Versicherer versichert die Personen, die er nach Absatz 3 der zuständigen kantonalen Behörde bekannt gegeben hat, in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers. Der Bundesrat kann Ausnahmen vorsehen und nähere Bestimmungen erlassen.
cf	64a	7	ter	Die aktuelle Formulierung könnte so interpretiert werden, dass jeder Mehrjährige mit Ausständen den Versicherer und Versicherungsform wechseln kann. Um Missverständnissen zu vermeiden, schlagen wir folgende alternative Formulierung vor.	^{7ter} Versicherte, die das 18. Altersjahr vollendet haben, können den Versicherer und die Versicherungsform in Abweichung der Absätze 6 und 7bis auf das Ende des Kalenderjahres wechseln. Dies unabhängig davon, ob Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse

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

					<p>oder Betriebskosten für sie ausstehen. Soweit die Ausstände ausschliesslich aus dem Zeitraum vor Vollendung des 18. Altersjahrs stammen, bleibt dem Versicherten in Abweichung der Absätze 6 und 7^{bis} das ordentliche Kündigungsrecht auf das Ende des Kalenderjahres erhalten. (...)</p>
Übergangsbestimmungen	1			<p>S. auch Kommentare zu Art.64a Abs. 4 und 5</p> <p>Unabhängig davon, ob die Kantone das Verfahren wählen können oder für alle Kantone das gleiche Verfahren angewandt wird, darf dieses nur für zukünftige Fälle ab Inkrafttreten gelten.</p> <p>Für Verlustscheine aus der Vergangenheit muss das bisherige Verfahren weiter gelten, mitunter da sich diese Fälle bereits in der aktiven Bewirtschaftung durch die Versicherer befinden. Eine Übergabe «alter» Fälle wäre weder aus Kundensicht noch aus Sicht des Kantons vorteilhaft (bspw. aufgrund laufender Abzahlungsvereinbarungen).</p>	<p>+Übernimmt ein Kanton zusätzlich 3 Prozent einer Forderung, von der er vor dem Inkrafttreten der Änderung vom..... bereits 85 Prozent nach Artikel 64a Absatz 4 übernommen hatte, so tritt der Versicherer ihm diese Forderung ab. Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung.</p>

par-email :

Unité de direction Assurance maladie et accidents

Division Surveillance de l'assurance

aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch

Martigny, le 1^{er} octobre 2020

Consultation « 16.312 Iv. ct. TG. Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie » - Position du Groupe Mutuel

Madame, Monsieur,

Votre lettre du 15 juin a retenu toute notre attention et nous avons l'honneur de vous communiquer la prise de position du Groupe Mutuel sur l'avant-projet de loi.

Introduction

L'avant-projet élaboré par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États a pour but d'améliorer l'ensemble de la procédure en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts par différentes mesures.

- **Abandon du statut de débiteur pour les assurés mineurs** : les mineurs ne sont eux-mêmes plus débiteurs de primes ou de participations aux coûts ; ce sont leurs parents qui assument cette responsabilité. A leur majorité, ces assurés ne peuvent donc pas être poursuivis pour des primes impayées. Ils peuvent choisir librement leur assureur-maladie.
- **Limitation du nombre de poursuites contre le même assuré** : les assureurs ne doivent pas pouvoir engager contre le même assuré plus de quatre procédures de poursuite par année.
- **Abandon des listes de mauvais payeurs** : ce système pratiqué par sept cantons (Thurgovie, Argovie, Lucerne, Schaffhouse, Saint-Gall, Tessin et Zoug) limite le droit aux prestations des assurés poursuivis pour défaut de paiement des primes à celles de la médecine d'urgence. L'avant-projet propose de supprimer ce système (proposition de la majorité). Une minorité propose toutefois de maintenir le système des listes de mauvais payeurs en définissant la notion de médecine d'urgence.
- **Affiliation d'office à un modèle d'assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations** : les assurés pour lesquels un acte de défaut de biens a été établi en raison du non-paiement de primes ou de participations aux coûts doivent passer à une forme d'assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations (par ex. au modèle du médecin de famille).

- **Possibilité de céder aux cantons les actes de défaut de biens à concurrence de 90% de la créance** : s'agissant de la gestion des actes de défaut de biens, deux possibilités sont prévues.
 1. Comme jusqu'à présent, le canton prend en charge 85 % des créances arriérées. L'assureur conserve l'acte de défaut de biens et rétrocède au canton 50 % des éventuels paiements ultérieurs de l'assuré.
 2. Le canton prend en charge 90 % des créances arriérées, reprend l'acte de défaut de biens et devient lui-même créancier. Selon le rapport explicatif, les cantons ayant une meilleure vue d'ensemble de la situation financière des assurés en retard de paiement, ils sont mieux à même d'évaluer comment ceux-ci peuvent régler leurs dettes.

Evaluation globale

Le Groupe Mutuel salue la volonté de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats d'améliorer l'ensemble de la procédure en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts.

Abandon du statut de débiteur pour les assurés mineurs

Le Groupe Mutuel est favorable à cette mesure. Si les parents ou les détenteurs de l'autorité parentale ont l'obligation d'assurer les personnes mineures domiciliées en Suisse, elles doivent être responsables du paiement des primes et de la participation aux coûts. L'inscription de cette responsabilité dans la loi garantit une égalité de traitement au niveau suisse.

Limitation du nombre de poursuites contre le même assuré

Le Groupe Mutuel est sur le principe favorable à cette mesure qu'il applique déjà, comme la plupart des assureurs, ce qui permet d'économiser des frais de recouvrement.

L'inscription dans la loi n'apporte donc, dans ce contexte, aucun bénéfice particulier et représente une atteinte à l'autonomie organisationnelle de l'assureur-maladie. Par ailleurs, la fixation d'un nombre maximum de procédures d'exécution entraîne également des frais administratifs supplémentaires pour les assureurs (notamment pour les procédures d'exécution des personnes qui ont changé d'assureur) et des délais supplémentaires qu'ils doivent respecter. Dès lors, pour ces motifs, **le Groupe Mutuel refuse cette mesure.**

Abandon des listes de mauvais payeurs et affiliation d'office des assurés grevés d'un acte de défaut de biens à une forme d'assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations

Le Groupe Mutuel est favorable à la suppression du système des listes de mauvais payeurs qui restreint drastiquement l'accès aux soins des assurés. Ce système est utilisé par un petit nombre de canton et instaure un système particulier qui complique les procédures de remboursement. Par ailleurs, il institue une inégalité de traitement entre les assurés quant à l'accès aux soins et peut conduire à des résultats dramatiques quand il s'agit d'interpréter ce qui relève de la médecine d'urgence ou non.

La **proposition de la minorité** de maintenir le système des listes noires et de définir ce qui relève de la médecine d'urgence (cf. art. 64a, al. 7, ap-LAMal) ne convainc pas, car elle ne supprime pas le caractère subjectif quant à l'octroi ou non de la prise en charge des prestations, ce qui est contraire à l'esprit de la LAMal qui offre de son côté un catalogue de prestations clairement définies pour lesquelles la prise en charge est assurée. **Le Groupe Mutuel rejette donc cette mesure.**

La **majorité propose pour sa part** l'obligation pour les assureurs de transférer les assurés grevés d'un acte de défaut de biens dans une forme d'assurance offrant un choix limité de fournisseurs de prestations. **Le Groupe Mutuel rejette également cette mesure**, qui restreint de façon disproportionnée la liberté des assurés de choisir le modèle d'assurance.

Pour les assureurs-maladie, l'instauration d'une telle règle au moment de la communication aux cantons d'un cas de poursuite pour dettes est beaucoup trop précoce, entraîne un énorme travail de traitement (mutations, réclamations). En outre, qui décide du modèle d'assurances avec limitation du choix des fournisseurs de prestations, lorsque plusieurs sont disponibles ? Que faire lorsque l'assuré refuse de se plier aux obligations liées au modèle imposé (actuellement, l'assuré qui ne se soumet pas aux obligations du modèle en est exclu et est assuré dans le modèle ordinaire prévu par la LAMal).

Droit pour le canton de reprendre les actes de défaut de biens à concurrence de 90% de la créance arriérée

Le Groupe Mutuel est favorable au principe de la cession des créances et actes de défauts aux cantons. Toutefois, **cette cession devrait revêtir un caractère obligatoire et le prix devrait être augmenté à 92 pourcents (au lieu de 90)** afin d'éviter une péjoration de la situation des payeurs de primes. En effet, les frais de relance et de recouvrement doivent également être pris en compte. Or ils ne sont pas mentionnés dans les éléments de créance à prendre en compte définis à l'alinéa 3 de l'article 64a LAMal.

Le principe de la cession assure une égalité de traitement des assurés ayant des dettes impayées dans les cantons et permet de ne pas compliquer inutilement le système.

Par ailleurs, **cette mesure doit être couplée avec la possibilité de conserver les actes de défaut de biens sous format électronique** (cf. Mo. 19.3694 Conservation électronique des actes de défauts de biens, déposée par Doris Fiala le 19 juin 2019), faute de quoi la procédure de cession reste lourde administrativement, sans compter les risques de perte de document. Il faut d'ailleurs relever que l'échange électronique des données avec les offices des poursuites (elp) ne comporte actuellement pas la possibilité d'informer les offices de poursuites de cette cession. Celle-ci devrait donc être introduite quel que soit le résultat de la consultation, afin de répondre au besoin actuel.

Le Groupe Mutuel s'oppose en revanche à la rétroactivité de la mesure telle que prévue dans la disposition transitoire (possibilité pour les cantons d'obtenir une cession de créance dont ils ont déjà pris en charge le 85%, moyennant le paiement de 3% supplémentaire) pour les raisons suivantes :

1. l'effet rétroactif n'est pas limité dans le temps. Les cantons peuvent donc demander des cessions de créances sur une période rétroactive de 20 années ;

2. une grande majorité des actes de défaut de bien sont sous format papier, ce qui occasionne un important transfert de documents ;
3. différents problèmes se posent pour les actes de défaut de biens, qui ont fait l'objet de remboursements partiels (calcul du solde à transférer) ou pour ceux cédés à des entreprises de recouvrement (égalité de traitement des assurés).

La mise en œuvre de la disposition impliquerait donc un travail administratif disproportionné et onéreux.

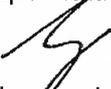
Echange électronique des données entre les assureurs et les cantons

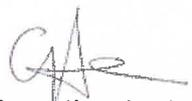
Il est désormais indispensable que les procédures administratives intègrent les techniques informatiques modernes. Un échange de données uniforme électronique à l'échelle nationale pour l'art. 64a LAMal, analogue à l'échange de données existant sur les réductions de primes, doit donc être soutenu, d'autant plus qu'un système facultatif mis en place par santésuisse et la CDS existe déjà.

Une période transitoire doit être prévue pour sa mise en œuvre. La période d'un an devrait être suffisante car les concepts (concept d'échange de données, concept opérationnel) existent déjà, la plate-forme d'échange de données est utilisée avec sedex, le domaine correspondant existe et divers participants échangent déjà des données par voie électronique.

Nous vous souhaitons bonne réception de la présente et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos respectueuses salutations.

Groupe Mutuel Services SA


Dr Thomas J. Grichting
Directeur


Geneviève Aguirre
Experte Senior

Annexe : tableau synoptique des dispositions.

Copie à : gever@bag.admin.ch

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

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
<p><i>L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,</i> vu le rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États du [date de la décision de la commission], vu l'avis du Conseil fédéral du [date], <i>arrête:</i> I La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie est modifiée comme suit:</p>			
<p><i>Art. 3, al. 1 et 1bis</i> 1 Toute personne majeure domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile.</p>	<p>Art. 3 Personnes tenues de s'assurer 1 Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse.</p>		<p>Accepté.</p>
<p>1bis Toute personne mineure domiciliée en Suisse doit être assurée par le détenteur de l'autorité parentale ou par son tuteur pour les soins en cas de maladie, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse.</p>			<p>Accepté. Si les parents ou les détenteurs de l'autorité parentale ont l'obligation d'assurer les personnes mineures domiciliées en Suisse, elles doivent être responsables du paiement des primes et de la participation aux coûts. L'inscription de cette</p>

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

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
			responsabilité dans la loi garantit une égalité de traitement au niveau suisse.
<p><i>Art. 5, al. 2, dernière phrase</i></p> <p>2 ... Le supplément de prime d'un enfant est exclusivement couvert par les parents de manière solidaire, ou par le parent débiteur de prime, ou par le tuteur.</p>	<p>Art. 5 Début et fin de la couverture d'assurance</p> <p>2 En cas d'affiliation tardive, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation. L'assuré doit verser un supplément de prime si le retard n'est pas excusable. Le Conseil fédéral fixe, à cette fin, des taux indicatifs en tenant compte du niveau des primes au lieu de résidence de l'assuré et de la durée du retard. Si le paiement du supplément de prime met l'assuré dans la gêne, l'assureur réduit ce montant en tenant compte équitablement de la situation de l'assuré et des circonstances du retard.</p>		Accepté.
<p><i>Art. 61a Débiteur de prime pour les enfants</i></p> <p>1 Les parents de l'enfant sont exclusivement débiteurs de ses primes de manière solidaire jusqu'à la fin du mois où il devient majeur.</p>			Accepté.
<p>2 Si un parent atteste qu'il est, en vertu d'une convention d'entretien</p>			Accepté.

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

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
ou d'une décision judiciaire, tenu de payer des contributions d'entretien qui englobent les primes et qu'il paie ces contributions d'entretien, seul l'autre parent est débiteur des primes.			
<i>L'art. 61a devient l'art. 61b</i>	<p>Art. 61a Prélèvement des primes des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège</p> <p>Les primes des membres de la famille d'une personne qui est assurée parce qu'elle exerce une activité lucrative en Suisse, parce qu'elle touche une rente suisse ou parce qu'elle perçoit une prestation de l'assurance-chômage suisse sont prélevées auprès de ladite personne.</p>		Sans commentaire.
Section 3 Participation aux coûts			
	<p>Art. 64</p> <p>1 Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient.</p>		
<p><i>Art. 64, al. 1bis</i></p> <p>1bis La participation aux coûts pour l'enfant est exclusivement couverte, jusqu'à la fin du mois où il devient majeur, par ses parents de manière</p>			Accepté.

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

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
solidaire ou par le parent débiteur des primes.			
<i>Section 3a Non-paiement des primes et des participations aux coûts</i>			
<i>Art. 64a, al. 1bis, 2, 2e et 3e phrases, 4, 5, 7, 7bis, 7ter, 7quater, 8, 2e phrase</i>	Art. 64a		
	1 Lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit; il lui impartit un délai de 30 jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement (al. 2).		
1bis Si l'assuré est mineur, les dispositions concernant le non-paiement des primes et des participations aux coûts s'appliquent en principe à ses parents. Pour les créances apparues pendant la période où la personne assurée est mineure, cela vaut également lorsque la personne ne l'est plus.		1bis Si l'assuré est mineur, les dispositions concernant le non-paiement des primes et des participations aux coûts s'appliquent en principe à ses parents. Pour les créances apparues pendant la période où la personne assurée est mineure, cela vaut également lorsque la personne ne l'est plus.	Proposition de modification. Le terme « en principe » doit être supprimé car cela ouvre la porte à des interprétations. En outre, il faut noter, que le cas des enfants pourvus de tuteurs et dont les primes n'ont pas été réglées n'est pas explicitement réglé par loi. La question d'un complément se pose donc.
2	2 Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai impartit les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus,		Refusé. Cette disposition représente une grave entorse à l'autonomie économique des assureurs-

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

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
<p>Il peut poursuivre un assuré au maximum quatre fois au cours d'une année civile pour ses propres primes et pour celles d'un enfant.</p>	<p>l'assureur doit engager des poursuites.</p> <p>Le canton peut exiger que l'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs qui font l'objet de poursuites.</p>	<p>Il peut poursuivre un assuré au maximum quatre fois au cours d'une année civile pour ses propres primes et pour celles d'un enfant.</p>	<p>maladie et ne se justifie pas compte tenu que la plupart des assureurs-maladie limitent déjà volontairement le nombre de poursuite à l'encontre d'un assuré.</p>
	<p>3 L'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs concernés et, pour chacun, le montant total des créances relevant de l'assurance obligatoire des soins (primes et participations aux coûts arriérées, intérêts moratoires et frais de poursuite) pour lesquelles un acte de défaut de biens ou un titre équivalent a été délivré durant la période considérée. Il demande à l'organe de contrôle désigné par le canton d'attester l'exactitude des données communiquées et transmet cette attestation au canton.</p>		
<p>4 Le canton prend en charge 85 % des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3. L'assureur conserve les actes de défaut de biens et les titres équivalents jusqu'au</p>	<p>4 Le canton prend en charge 85 % des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3.1</p>	<p>4 Le canton prend en charge 85 % des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3. L'assureur conserve les actes de défaut de biens et les titres équivalents jusqu'au</p>	<p>Refusé avec proposition de modification.</p> <p>Le Groupe Mutuel souhaite que le canton reprenne obligatoirement</p>

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

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
<p>paiement intégral des créances arriérées. Dès que tout ou partie de la dette est payée à l'assureur, celui-ci rétrocède au canton 50 % du montant versé (<i>fusion des alinéas 4 et 5 du droit actuel</i>).</p>		<p>paiement intégral des créances arriérées. Dès que tout ou partie de la dette est payée à l'assureur, celui-ci rétrocède au canton 50 % du montant versé.</p> <p>4 Le canton prend en charge 92 % des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3. L'assureur lui cède ses créances. Le canton informe l'assuré de la cession. Dans ces cas, l'assuré peut de nouveau changer d'assureur et de forme d'assurance en dérogation aux al. 6 et 7bis à l'alinéa 6.</p>	<p>les actes de défaut de biens à concurrence de 92%, afin de tenir compte des frais de relance est de recouvrement.</p> <p>Par ailleurs, seul ce régime doit être applicable, afin d'assurer une égalité de traitement entre les assurés ayant des dettes impayées dans les cantons et permet de ne pas compliquer inutilement le système.</p>
<p>5 Si le canton prend en charge 5 % supplémentaires des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3, l'assureur lui cède ces créances. Le canton informe l'assuré de la cession. Dans ces cas, l'assuré peut de nouveau changer d'assureur et de forme d'assurance en dérogation aux al. 6 et 7bis.</p>	<p>5 L'assureur conserve les actes de défaut de biens et les titres équivalents jusqu'au paiement intégral des créances arriérées. Dès que l'assuré a payé tout ou partie de sa dette à l'assureur, celui-ci rétrocède au canton 50 % du montant versé par l'assuré.</p>	<p>5 Si le canton prend en charge 5 % supplémentaires des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3, l'assureur lui cède ces créances. Le canton informe l'assuré de la cession. Dans ces cas, l'assuré peut de nouveau changer d'assureur et de forme d'assurance en dérogation aux al. 6 et 7bis.</p>	<p>Refusé.</p>
<p>6 En dérogation à l'art. 7, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant que ses arriérés de primes, de participations aux coûts, d'intérêts moratoires et de frais de poursuite ne sont pas payés</p>	<p>6 En dérogation à l'art. 7, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et</p>	<p>6 En dérogation à l'art. 7, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant que ses arriérés de primes, de participations aux coûts, d'intérêts moratoires et de frais de poursuite ne sont pas</p>	<p>Accepté avec modification. Seuls les assurés dont les actes de défaut de biens ont été repris par le canton à concurrence de 92 % peuvent changer d'assureur.</p>

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

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
intégralement. L'art. 7, al. 3 et 4, est réservé.	les frais de poursuite. L'art. 7, al. 3 et 4, est réservé.	payés intégralement. L'art. 7, al. 3 et 4, est réservé.	Ceux dont l'acte de défaut de bien n'a pas été cédé au canton (soit ceux avec des actes de défaut de biens antérieurs à l'entrée en vigueur de la loi qui ne sont pas cédés aux cantons, selon la proposition du Groupe Mutuel).
7 Abrogé	7 Les cantons peuvent tenir une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes malgré les poursuites, liste à laquelle n'ont accès que les fournisseurs de prestations, la commune et le canton. Sur notification du canton, l'assureur suspend la prise en charge des prestations fournies à ces assurés, à l'exception de celles relevant de la médecine d'urgence, et avise l'autorité cantonale compétente de la suspension de sa prise en charge et, lorsque les assurés ont acquitté leurs créances, de l'annulation de cette suspension.		Accepté. Le système de liste restreint drastiquement l'accès aux soins des assurés. Ce système est utilisé par un petit nombre de canton et instaure un système particulier qui complique les procédures de remboursement. Par ailleurs, il institue une inégalité de traitement entre les assurés quant à l'accès aux soins et peut conduire à des résultats dramatiques quand il s'agit d'interpréter ce qui relève de la médecine d'urgence ou non
	8 Le Conseil fédéral règle les tâches de l'organe de révision et désigne les titres jugés équivalents à un acte de défaut de biens. Il règle		

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

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
	également les modalités de la procédure de sommation et de poursuite ainsi que les modalités de transmission des données des assureurs aux cantons et des versements des cantons aux assureurs.		
	9 Le Conseil fédéral édicte des dispositions sur le non-paiement des primes et des participations aux coûts des personnes tenues de s'assurer qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège. Si le droit de l'État concerné permet à l'assureur de recouvrer les primes et participations aux coûts impayées, le Conseil fédéral peut obliger les cantons à prendre en charge 85 % des créances ayant fait l'objet de l'annonce visée à l'al. 3. Si le droit de l'État concerné ne le permet pas, le Conseil fédéral peut accorder aux assureurs le droit de suspendre la prise en charge des coûts des prestations		
<i>Minorité (Häberli-Koller, Bischof, Kuprecht, Müller Damian)</i>			

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

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
<p><i>al. 7, 3e et 4e phrases</i> <i>7. Une prestation relevant de la médecine d'urgence consiste en une prestation qui ne peut pas être repoussée. C'est le cas lorsque l'assuré, en l'absence d'un traitement immédiat, doit craindre une atteinte à la santé, voire la mort, ou peut mettre en danger la santé d'une autre personne.</i></p>		<p>7. Une prestation relevant de la médecine d'urgence consiste en une prestation qui ne peut pas être repoussée. C'est le cas lorsque l'assuré, en l'absence d'un traitement immédiat, doit craindre une atteinte à la santé, voire la mort, ou peut mettre en danger la santé d'une autre personne.</p>	<p>Refusé. La définition de ce qui relève de la médecine d'urgence (cf. art. 64a, al. 7, ap-LAMal) ne convainc pas, car elle ne supprime pas le caractère subjectif quant à l'octroi ou non de la prise en charge des prestations, ce qui est contraire à l'esprit de la LAMal qui offre de son côté un catalogue de prestations clairement définies pour lesquelles la prise en charge est assurée.</p>
<p>7bis L'assureur affilié à une assurance avec choix limité du fournisseur de prestations les assurés qu'il a annoncés à l'autorité cantonale compétente conformément à l'al. 3. Le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions et édicter d'autres dispositions.</p>		<p>7bis L'assureur affilié à une assurance avec choix limité du fournisseur de prestations les assurés qu'il a annoncés à l'autorité cantonale compétente conformément à l'al. 3. Le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions et édicter d'autres dispositions.</p>	<p>Refusé. Cette mesure restreint de façon disproportionnée la liberté des assurés de choisir le modèle d'assurance. Pour les assureurs-maladie, l'instauration d'une telle règle au moment de la communication aux cantons d'un cas de poursuite pour dettes est beaucoup trop précoce, entraîne un énorme travail de traitement (mutations, réclamations). Par ailleurs des difficultés pratiques se posent : qui décide du modèle d'assurances avec limitation du</p>

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

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
			<p>choix des fournisseurs de prestations, lorsque plusieurs sont disponibles ? Que faire lorsque l'assuré refuse de se plier aux obligations liées au modèle imposé ?</p> <p>Cette mesure se révèle en fin de compte favorable uniquement aux cantons qui achètent les actes de défaut de biens à un prix moindre.</p>
<p>7ter Les assurés qui ont atteint l'âge de 18 ans peuvent changer d'assureur et de forme d'assurance à la fin de l'année civile en dérogation aux al. 6 et 7bis, et ce indépendamment du fait que les primes, les participations aux coûts arriérées, les intérêts moratoires et les frais de poursuite soient impayés pour eux. Pour les membres de la famille tenus de s'assurer qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège, l'art. 4a s'applique.</p>			<p>Accepté.</p> <p>C'est la conséquence logique que les personnes mineures n'ont pas qualité de débiteur pour les primes, les participations aux coûts, les intérêts moratoires et les frais de poursuites en souffrances, liées à la période de leur minorité.</p>
<p>7quater Les cantons et les assureurs échangent leurs données selon une procédure uniforme. Le Conseil fédéral règle les modalités après avoir entendu les cantons et les assureurs.</p>		<p>7quater Les cantons et les assureurs échangent leurs données selon une procédure électronique uniforme. Le Conseil fédéral règle les modalités après avoir entendu les cantons et les assureurs.</p>	<p>Accepté avec modification.</p> <p>Un échange de données uniforme électronique à l'échelle nationale pour l'art. 64a LAMal, analogue à l'échange de données existant sur les réductions de primes, doit être</p>

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

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
			soutenu, d'autant plus qu'un système facultatif mis en place par santésuisse et la CDS existe déjà.
8 Il règle également les modalités de la procédure de sommation et de poursuite ainsi que les modalités des versements des cantons aux assureurs.			Accepté.
II Dispositions transitoires de la modification du			
1 Si un canton prend en charge 3 % supplémentaires d'une créance dont il avait déjà pris en charge 85 % avant l'entrée en vigueur de la modification du, conformément à l'art. 64a, al. 4, l'assureur lui cède cette créance. Le canton informe l'assuré de la cession.		1 Si un canton prend en charge 3 % supplémentaires d'une créance dont il avait déjà pris en charge 85 % avant l'entrée en vigueur de la modification du, conformément à l'art. 64a, al. 4, l'assureur lui cède cette créance. Le canton informe l'assuré de la cession.	Refusé. La mise en œuvre de la disposition implique un travail administratif disproportionné et onéreux pour les raisons suivantes : 1. l'effet rétroactif n'est pas limité dans le temps. Les cantons peuvent donc demander des cessions de créances sur une période rétroactive de 20 années ; 2. une grande majorité des actes de défaut de bien sont sous format papier, ce qui occasionne un important transfert de documents. 3. Différents problèmes se posent pour les actes de défaut de biens, qui ont fait l'objet de

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

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
			remboursements partiels (calcul du solde à rembourser) ou pour ceux cédés à des entreprises de recouvrement (égalité de traitement des assurés).
<p>2 Les art. 61a et 64, dans la version du ... s'appliquent aux assurés encore mineurs au moment de l'entrée en vigueur. Ils s'appliquent également à leurs primes, participations aux coûts, intérêts moratoires et frais de poursuite non payés au moment de l'entrée en vigueur.</p>		<p>3 Les cantons et les assureurs introduisent l'échange électronique de données selon l'art. 64a, al. 7, let. quater, dans un délai d'un an à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification.</p>	<p>Accepté et proposition d'un alinéa supplémentaire.</p> <p>Une période transitoire doit être prévue pour la mise en œuvre d'un échange de données électronique uniforme analogue à celui qui existe déjà pour les réductions de primes. La période d'un an devrait être suffisante car les concepts (concept d'échange de données, concept opérationnel) existent déjà, la plate-forme d'échange de données est utilisée avec sedex, le domaine correspondant existe et divers participants échangent déjà des données par voie électronique.</p>

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

Projet de modification	Droit actuel	Propositions Groupe Mutuel	Commentaires
III 1 La présente loi est sujette au référendum. 2 Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.			

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach 1561
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Für Rückfragen:
Axel Reichlmeier
Direktwahl: +41 32 625 4252
Axel.Reichlmeier@santesuisse.ch

Versand per E-Mail an:
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Solothurn, 6. Oktober 2020

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zur Standesinitiative «Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten» Stellung nehmen zu können.

santésuisse begrüsst die grundsätzliche Stossrichtung der Vorlage. Wir beurteilen aber die Vorschläge unterschiedlich:

- Eltern, welche die Prämien-Schulden oder Schulden aus Kostenbeteiligungen der minderjährigen Personen zu verantworten haben, sollen dafür die Verantwortung tragen. Auch im Falle von Unterhaltszahlungen ist sicherzustellen, dass ein Elternteil die Prämien bezahlt. Um eine schweizweite Gleichbehandlung zu gewährleisten, ist das Gesetz anzupassen.
- Wir lehnen es ab, dass der Betreibungsrythmus gesetzlich vorgegeben wird. Die meisten Versicherer fassen die offenen Forderungen bereits heute zusammen und betreiben vierteljährlich. Wie im erläuternden Bericht richtig steht, müssen die Versicherer als Gläubiger die

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Betriebskosten auslegen und tragen in der Regel 15 Prozent der Verlustscheinforderung. Deshalb haben sie ein Interesse, möglichst wenige Betriebskosten zu verursachen. Diese Vorschrift würde einen Eingriff in die Organisationsautonomie des Krankenversicherers bedeuten und ist daher abzulehnen. Die Höchstzahl der Betriebskosten vorzuschreiben führt bei den Versicherern zudem zu administrativem Zusatzaufwand (insbesondere bei Betriebskosten von Personen die den Versicherer gewechselt haben) und zu weiteren Fristen die sie beachten müssen.

- Wir sind grundsätzlich mit der Abtretung offener Forderungen und Verlustscheine an die Kantone einverstanden. Ein sachgerechterer Preis, um den Zusatzaufwand der Versicherer für die Administration zumindest teilweise decken zu können, würde gemäss unserer Kalkulation bei 92 Prozent der Forderungen liegen. Bei einem Preis von 90 Prozent besteht die Gefahr, dass die Prämienzahler schlechter gestellt sind als im heutigen System. Scheinbar beträgt der Unterschied, ob die Kantone wie heute 85 oder neu 90 Prozent der ausstehenden Forderungen bezahlen, lediglich 5 Prozent. Diese Annahme ist jedoch täuschend. Die 85 Prozent gemäss Art. 64a Abs. 4 KVG beziehen sich auf die in Absatz 3 desselben Artikels definierten Forderungsbestandteile. Ein Verlustschein jedoch besteht, nebst der Grundforderung, Gerichts- und Betriebskosten und Zinsen, noch aus einer vierten Komponente: den Mahn- und Inkassokosten, deren Forderung der Versicherer im Gegensatz zu heute ebenfalls verliert.
- Eine generelle Übergabe alter Fälle ist komplex und wäre oftmals weder aus Kundensicht noch aus Sicht des Kantons vorteilhaft (bspw. aufgrund laufender Abzahlungsvereinbarungen). Allerdings wäre es denkbar, dass Versicherer und Kantone im Einzelfall zuerst prüfen, ob sich eine Verlustscheinübernahme lohnt, das heisst, der administrative Aufwand nicht zu gross ist. Beide könnten nach der Prüfung entscheiden, ob die Übernahme vollzogen wird oder nicht.
- Die Lösung sollte für alle Kantone gleichermassen verbindlich sein. Mit der Abtretung der Verlustscheine an den Kanton hat die versicherte Person neu gegenüber dem Versicherer keine Schulden mehr und kann den Versicherer wechseln. Um eine Ungleichbehandlung der versicherten Personen mit offenen Forderungen in Abhängigkeit des Wohnkantons zu verhindern und um das System nicht unnötig zu verkomplizieren, muss die Verlustscheinübernahme für alle Kantone verbindlich gelten. Eine «Kann»-Formulierung ist daher nicht zielführend.
- santésuisse ist gegen Listen säumiger Prämienzahler, die Aufhebung des Absatzes 7 ist daher zu begrüssen und der Antrag der Minderheit abzulehnen. Der administrative Aufwand für die Listen steht in keinem Verhältnis zum Nutzen. Es gibt keinen Nachweis, dass eine Liste die Zahlungsmoral erhöht. Die Listen säumiger Prämienzahler werden immer länger und die Kosten der Kantone für unbezahlte Prämien steigen auch in den Listenkantonen trotzdem weiter.
- Ein schweizweit einheitlicher Datenaustausch für den Art. 64a KVG analog zum bestehenden erfolgreichen Datenaustausch Prämienverbilligung (gemäss Art. 65 Abs. 2 KVG) ist zu begrüssen und zu unterstützen. santésuisse und die GDK haben einen solchen (freiwilligen) Datenaustausch bereits etabliert. Für die schweizweite Umsetzung des einheitlichen Datenaustausches analog zum bereits bestehenden Datenaustausch Prämienverbilligung muss aber eine Übergangsfrist vorgesehen werden.

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Detaillierte Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln:

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
			--
	<i>I</i>		--
	Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:		--
Art. 3 ¹ Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter beziehungsweise ihrer gesetzlichen Vertreterin versichern lassen.	Art. 3 ¹ <u>Volljährige Personen mit Wohnsitz in der Schweiz müssen sich innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme für Krankenpflege versichern oder von ihrer gesetzlichen Vertreterin oder ihrem gesetzlichen Vertreter versichern lassen.</u> ^{1bis} <u>Minderjährige Personen mit Wohnsitz in der Schweiz müssen innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz von der Inhaberin oder vom Inhaber der elterlichen Sorge oder vom Vormund für Krankenpflege versichert werden.</u>		Die Anpassungen in Art. 3 sind zu unterstützen. Die Eltern, respektive die Inhaberin oder der Inhaber der elterlichen Sorge oder der Vormund haben die Pflicht, minderjährige Personen rechtzeitig bei einem Krankenversicherer zu versichern. Auch sollen Eltern, welche Prämien-Schulden oder Schulden aus Kostenbeteiligungen der minderjährigen Personen zu verantworten haben, dafür die Verantwortung tragen. Um eine schweizweite Gleichbehandlung zu gewährleisten, ist das Gesetz anzupassen.
Art. 5 ² Bei verspätetem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts. Bei nicht entschuldbarer Verspätung entrichtet die versicherte Person einen Prämienzuschlag. Der Bundesrat legt dafür die Richtsätze fest und berücksichtigt dabei die Höhe der Prämien am Wohnort der versicherten Person und die Dauer der Verspätung. Für Versicherte, bei denen	Art. 5 ² Bei verspätetem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts. Bei nicht entschuldbarer Verspätung entrichtet die versicherte Person einen Prämienzuschlag. Der Bundesrat legt dafür die Richtsätze fest und berücksichtigt dabei die Höhe der Prämien am Wohnort der versicherten Person und die Dauer der Verspätung. Für Versicherte, bei denen		Die Anpassung in Art. 5 Abs. 2 folgt aus den Anpassungen in Art. 3 und ist zu unterstützen.

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>die Entrichtung des Beitragszuschlages eine Notlage zur Folge hätte, setzt der Versicherer den Beitragszuschlag herab, wobei er der Lage der Versicherten und den Umständen der Verspätung angemessen Rechnung trägt.</p>	<p>die Entrichtung des Beitrags-zuschlages eine Notlage zur Folge hätte, setzt der Versicherer den Beitragszuschlag herab, wobei er der Lage der Versicherten und den Um-ständen der Verspätung angemessen Rechnung trägt. <u>Der Prämienzuschlag eines Kindes ist ausschliesslich von den Eltern solidarisch oder vom Elternteil, der dessen Prämien schuldet, oder vom Vormund geschuldet.</u></p>		
	<p>Art. 61a</p> <p>¹ Die Prämien für das Kind sind bis zum Ende des Monats, in dem es volljährig wird, ausschliesslich von seinen Eltern solidarisch geschuldet.</p> <p>² Weist ein Elternteil nach, dass er gemäss einem Unterhaltsvertrag oder einem gerichtlichen Entscheid verpflichtet ist, Unterhaltsbeiträge zu bezahlen, welche die Prämien umfassen, und dass er diese Unterhaltsbeiträge bezahlt, schuldet nur der andere Elternteil die Prämien.</p>	<p>² Weist ein Elternteil nach, dass er gemäss einem Unterhaltsvertrag oder einem gerichtlichen Entscheid verpflichtet ist, Unterhaltsbeiträge zu bezahlen, welche die Prämien umfassen, und dass er diese Unterhaltsbeiträge bezahlt, schuldet nur der andere Elternteil die Prämien.</p>	<p>Die Anpassungen in Art. 61a Abs. 1 sind zu unterstützen. Es ist aber zu beachten, dass Kinder erst zu Beginn des entsprechenden nächsten Kalenderjahres zu „jungen Erwachsenen“ gemäss KVG werden (Art. 16a KVG) und auch erst dann die entsprechende Prämie zahlen. Das heisst, es gibt Volljährige, die noch ein paar Monate die Kinderprämie zahlen.</p> <p>Eltern, welche die Prämien-schulden oder Schulden aus Kostenbeteiligungen der minderjährigen Personen zu verantworten haben, sollen dafür die Verantwortung gemeinsam tragen. Die Prämien-schuld sollte dabei direkt unter den Eltern geklärt werden und es sollte auch die Möglichkeit bestehen, dass sie sich direkt untereinander belangen. Es ist nicht Aufgabe des Krankenversicherers, die vertraglichen Regeln und deren Einhaltung zwischen den Eltern zu prüfen.</p>

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>Art. 61a</p> <p>Die Prämien der Familienangehörigen einer auf Grund einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz, des Bezugs einer schweizerischen Rente oder einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung versicherten Person werden bei dieser Person erhoben.</p>	<p>Art. 61b</p> <p>Die Prämien der Familienangehörigen einer auf Grund einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz, des Bezugs einer schweizerischen Rente oder einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung versicherten Person werden bei dieser Person erhoben.</p>		Keine Bemerkung.
<p>Art. 64</p> <p>¹ Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen.</p>	<p>Art. 64</p> <p>¹ Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen.</p> <p>^{1bis} <u>Die Kostenbeteiligung für das Kind ist bis zum Ende des Monats, in dem es volljährig wird, ausschliesslich von seinen Eltern solidarisch oder vom Elternteil, der die Prämien schuldet, geschuldet.</u></p>	<p>^{1bis} <u>Die Kostenbeteiligung für das Kind ist bis zum Ende des Monats, in dem es volljährig wird, ausschliesslich von seinen Eltern solidarisch oder vom Elternteil, der die Prämien schuldet, geschuldet.</u></p>	Die Ergänzung von Art. 64 ist grundsätzlich zu unterstützen. Wie bereits zu Art. 61a Abs. 2 bemerkt, sollte dabei die Frage der Kostenbeteiligung jedoch direkt unter den Eltern geklärt werden, zumal nicht sichergestellt ist, dass der andere Elternteil einen regelmässigen Beitrag an die Kostenbeteiligung seines Kindes leistet.
<p>Art. 64a</p> <p>¹ Beahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so hat der Versicherer ihr, nach mindestens einer schriftlichen Mahnung, eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzuges (Abs. 2) hinzuweisen.</p>	<p>Art. 64a</p> <p>¹ Beahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so hat der Versicherer ihr, nach mindestens einer schriftlichen Mahnung, eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzuges (Abs. 2) hinzuweisen.</p>		

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>² Beahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht innert der gesetzten Frist, so muss der Versicherer die Betreuung anheben. Der Kanton kann verlangen, dass der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde die Schuldnerinnen und Schuldner, die betrieben werden, bekannt gibt.</p>	<p>^{1bis} Ist die versicherte Person minderjährig, sind die Bestimmungen zum Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen grundsätzlich auf ihre Eltern anzuwenden. Für Forderungen, die während der Zeit entstehen, in der die versicherte Person minderjährig ist, gilt dies auch, wenn sie es nicht mehr ist.</p> <p>² Beahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht innert der gesetzten Frist, so muss der Versicherer die Betreuung anheben. Der Kanton kann verlangen, dass der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde die Schuldnerinnen und Schuldner, die betrieben werden, bekannt gibt. <u>Eine Person darf in einem Kalenderjahr höchstens je vier Mal für eigene Prämien und für Prämien eines Kindes betrieben werden. Der Kanton kann verlangen, dass der Versicherer ihm die von dessen Betreuung betroffenen Personen bekannt gibt.</u></p>	<p>^{1bis} Ist die versicherte Person minderjährig, sind die Bestimmungen zum Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen grundsätzlich auf ihre Eltern anzuwenden. Für Forderungen, die während der Zeit entstehen, in der die versicherte Person minderjährig ist, gilt dies auch, wenn sie es nicht mehr ist.</p> <p>² Beahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht innert der gesetzten Frist, so muss der Versicherer die Betreuung anheben. Der Kanton kann verlangen, dass der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde die Schuldnerinnen und Schuldner, die betrieben werden, bekannt gibt. <u>Eine Person darf in einem Kalenderjahr höchstens je vier Mal für eigene Prämien und für Prämien eines Kindes betrieben werden. Der Kanton kann verlangen, dass der Versicherer ihm die von dessen Betreuung betroffenen Personen bekannt gibt.</u></p>	<p>Die Ergänzung von Art. 64a ist zu unterstützen. Die Schulden bleiben auch nach Erreichen der Volljährigkeit der versicherten Person Schulden der Eltern. Das Kind darf nicht für die Schulden seiner Eltern zur Rechenschaft gezogen werden. Es bleibt unklar, warum die Regelung nur „grundsätzlich“ gilt. Das Wort sollte aus Art. 64a Abs. 1bis entfernt werden, da es zu schwammig ist und somit einen grossen Interpretationsspielraum bietet. Ausnahmen müssten ansonsten aufgeführt werden.</p> <p>Die meisten Versicherer fassen die offenen Forderungen bereits heute zusammen und betreiben vierteljährlich. Wie im erläuternden Bericht richtig steht, müssen die Versicherer als Gläubiger die Betreuungskosten vorgängig entrichten und in der Regel 15 Prozent der Verlustscheinforderung tragen. Deshalb haben sie ein Interesse, möglichst wenige Betreuungskosten zu verursachen. Die Vorschrift bedeutet einen unnötigen Eingriff in die Autonomie der Versicherer und ist daher abzulehnen.</p> <p>Die Höchstzahl der Betreibungen vorzuschreiben führt zudem bei den Versicherern zu administrativem Zusatzaufwand (insbesondere bei Betreibungen von Personen die den Versicherer gewechselt haben) und zu weiteren Fristen die sie beachten müssen. Die Versicherer können selber am besten</p>

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>³ Der Versicherer gibt der zuständigen kantonalen Behörde die betroffenen Versicherten sowie, pro Schuldner und Schuldnerin, den Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse und Betreuungskosten) bekannt, die während des berücksichtigten Zeitraumes zur Ausstellung eines Verlustscheines oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben. Er ersucht die vom Kanton bezeichnete Revisionsstelle, die Richtigkeit der Daten, die er dem Kanton bekannt gegeben hat, zu bestätigen und übermittelt die Bestätigung dem Kanton.</p> <p>⁴ Der Kanton übernimmt 85 Prozent der Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 waren.</p>	<p>³ Der Versicherer gibt der zuständigen kantonalen Behörde die betroffenen Versicherten sowie, pro Schuldner und Schuldnerin, den Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse und Betreuungskosten) bekannt, die während des berücksichtigten Zeitraumes zur Ausstellung eines Verlustscheines oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben. Er ersucht die vom Kanton bezeichnete Revisionsstelle, die Richtigkeit der Daten, die er dem Kanton bekannt gegeben hat, zu bestätigen und übermittelt die Bestätigung dem Kanton.</p> <p>⁴ <u>Der Kanton vergütet dem Versicherer 85 Prozent der Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 waren. Der Versicherer bewahrt die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf. Sobald die Schuld vollständig oder teilweise gegenüber dem Versicherer beglichen ist, erstattet dieser 50 Prozent des erhaltenen Betrages an den Kanton zurück.</u></p>	<p>⁴ <u>Der Kanton vergütet dem Versicherer 85 Prozent der Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 waren. Der Versicherer bewahrt die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf. Sobald die Schuld vollständig oder teilweise gegenüber dem Versicherer beglichen ist, erstattet dieser 50 Prozent des erhaltenen Betrages an den Kanton zurück, maximal jedoch bis zu 50 Prozent der Forderungen nach Absatz 3.</u></p>	<p>beurteilen, wie viele Beteiligungen in welchem Fall und bei welchem Kunden sinnvoll sind.</p> <p>Die Anpassung zur Bekanntgabe der von einer Beteiligung betroffenen Personen, in diesem Fall die minderjährigen Kinder, folgt aus den Anpassungen in Art. 3 und Art. 5 Abs. 2 und ist zu unterstützen.</p> <p>Falls unserem Vorschlag zur Anpassung von Absatz 5 Folge geleistet wird, ist dieser Absatz obsolet und kann aufgehoben werden.</p> <p>Falls unserem Vorschlag zur Anpassung von Absatz 5 nicht Folge geleistet wird, sollte geklärt werden, von welchem Betrag bei einer Zahlung durch die versicherte Person die Krankenversicherer eine Rückzahlung an die Kantone machen müssen. Sind es Zahlungen auf die in Absatz 3 erwähnten Forderungskomponenten oder be-</p>

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>⁵ Der Versicherer bewahrt die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf. Sobald die versicherte Person ihre Schuld vollständig oder teilweise gegenüber dem Versicherer beglichen hat, erstattet dieser 50 Prozent des von der versicherten Person erhaltenen Betrages an den Kanton zurück.</p>	<p>⁵ <u>Übernimmt der Kanton zusätzlich fünf Prozent der Forderungen, die der Versicherer ihm nach Absatz 3 bekanntgegeben hat, so tritt der Versicherer ihm diese Forderungen ab. Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung. In diesen Fällen kann die versicherte Person den Versicherer und die Versicherungsform in Abweichung der Absätze 6 und 7^{bis} wieder wechseln.</u></p>	<p>⁵ <u>Der Kanton übernimmt 92 Prozent</u> Übernimmt der Kanton zusätzlich fünf Prozent der Forderungen, die der Versicherer ihm nach Absatz 3 bekanntgegeben hat. Der Versicherer tritt so <u>tritt der Versicherer ihm im Gegenzug diese Forderungen ab. Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung. In diesen Fällen kann die versicherte Person den Versicherer und die Versicherungsform in Abweichung der Absätze 6 und 7^{bis} wieder wechseln.</u></p>	<p>trifft es Zahlungen auf die Verlustscheingesamtforderung, also inklusive Mahngebühren? Das Gesetz sieht keine Beteiligung der Kantone an den unbezahlten internen Kosten des Mahn- und Inkassoverfahrens, den Mahn- und Inkassokosten vor. Diese Kosten werden dem säumigen Zahler belastet, um die Prozesskosten zu decken und die korrekt zahlenden Versicherten schadlos zu halten. Die Rückerstattung von 50% kann sich damit nur auf die Forderungen beziehen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 sind.</p> <p>Wir sind grundsätzlich mit der Abtretung offener Forderungen und Verlustscheine an die Kantone einverstanden. Aber wir sind der Meinung, mindestens 92 Prozent wären ein sachgerechter Preis. Bei einem Preis von 90 Prozent besteht die Gefahr, dass die Prämienzahler schlechter gestellt sind als im heutigen System. Zudem muss so ein grösserer Teil der unbezahlten Prämie und weiterer Kosten von den korrekt zahlenden Versicherten übernommen werden.</p> <p>Mit der Abtretung der Verlustscheine an den Kanton hat die versicherte Person neu gegenüber dem Versicherer keine Schulden mehr und kann den Versicherer wechseln.</p>

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>⁶ In Abweichung von Artikel 7 kann die säumige versicherte Person den Versicherer nicht wechseln, solange sie die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die Verzugszinse und Betreuungskosten nicht vollständig bezahlt hat. Artikel 7 Absätze 3 und 4 bleibt vorbehalten.</p> <p>⁷ Die Kantone können versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen, welche nur den Leistungserbringern, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist. Die</p>	<p>⁶ In Abweichung von Artikel 7 kann die säumige versicherte Person den Versicherer nicht wechseln, <u>solange die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betreuungskosten nicht vollständig bezahlt sind.</u> Artikel 7 Absätze 3 und 4 bleibt vorbehalten.</p> <p>⁷ <i>Aufgehoben</i></p>		<p>Um eine Ungleichbehandlung der versicherten Personen mit offenen Forderungen in den Kantonen zu vermeiden und um das System nicht unnötig zu verkomplizieren, muss die Verlustscheinübernahme für alle Kanton verbindlich gelten. Eine «Kann»-Formulierung ist abzulehnen, es darf kein Wahlrecht der Kantone geben. Kantonsindividuelle Lösungen verursachen hohe administrative Aufwände und eine Ungleichbehandlung der Versicherten.</p> <p>Falls die Wahlmöglichkeit mit der «Kann»-Formulierung für die Kantone bestehen bleibt, muss eine Mindestdauer eingeführt werden. Sollten die Kantone jährlich wechseln können, hätte dies einen noch grösseren, administrativen Aufwand zur Folge.</p> <p>Einverstanden. Das Wechselverbot soll beibehalten werden, solange offene Forderungen vorhanden sind.</p> <p>santésuisse ist gegen Listen säumiger Prämienzahler, die Aufhebung des Absatzes 7 ist daher zu begrüssen und der Antrag der Minderheit abzulehnen.</p>

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>Versicherer schieben für diese Versicherten auf Meldung des Kantons die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf und erstatten der zuständigen kantonalen Behörde Meldung über den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen.</p>	<p>Minderheit (Häberli-Koller, Bischof, Kuprecht, Müller Damian):</p> <p>⁷ Die Kantone können versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen, welche nur den Leistungserbringern, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist. Die Versicherer schieben für diese Versicherten auf Meldung des Kantons die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf und erstatten der zuständigen kantonalen Behörde Meldung über den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen. <u>Eine Notfallbehandlung liegt vor, wenn die Behandlung nicht aufgeschoben werden kann. Dies ist der Fall, wenn die versicherte Person ohne sofortige Behandlung gesundheitliche Schäden oder den Tod befürchten muss oder die Gesundheit anderer Personen gefährden kann.</u></p>		<p>Der administrative Aufwand für die Listen steht in keinem Verhältnis zum Nutzen. Es gibt keinen Nachweis, dass eine Liste die Zahlungsmoral erhöht. Die Listen säumiger Prämienzahler werden immer länger und die Kosten der Kantone für unbezahlte Prämien steigen auch in den Listenkantonen trotzdem weiter.</p> <p>Antrag Minderheit ist abzulehnen.</p> <p>Die Listen säumiger Prämienzahler haben sich nicht bewährt. Die Listen säumiger Prämienzahler werden immer länger und die Kosten der Kantone für unbezahlte Prämien steigen auch in den Listenkantonen trotzdem weiter.</p> <p>Der administrative Aufwand für die Listen steht in keinem Verhältnis zum Nutzen. Es gibt keinen Nachweis, dass eine Liste die Zahlungsmoral erhöht.</p> <p>Eine Definition oder eine Liste des Kantons, wann es sich um einen Notfall handelt, lösen das Problem nicht. Eine Definition Notfall ist abzulehnen. Ob etwas einen medizinischen Notfall darstellt, hängt von der individuellen Gesundheit und Situation einer Person ab. Es kann keine Positivliste definiert werden, wann ein medizinischer Notfall vorliegt. In Kantonen mit schwarzen Listen säumiger Prämienzahler muss die Auslegung folglich</p>

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>^{7bis} Der Versicherer versichert die Personen, die er nach Absatz 3 der zuständigen kantonalen Behörde bekannt gegeben hat, in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers. Der Bundesrat kann Ausnahmen vorsehen und nähere Bestimmungen erlassen.</p>	<p>^{7bis} Der Versicherer versichert die Personen, die er nach Absatz 3 der zuständigen kantonalen Behörde bekannt gegeben hat, in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers. Der Bundesrat kann Ausnahmen vorsehen und nähere Bestimmungen erlassen.</p>	<p>von Fall zu Fall dem zuständigen medizinischen Fachpersonal überlassen werden.</p> <p>Im Sinne der Rechtssicherheit ist bei der in der Verfassung garantierten Gesundheitsversorgung ein föderalistischer Wildwuchs zu vermeiden. Eine Zuteilung der Versicherten in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl ist abzulehnen. Die Wahlfreiheit der Versicherten wird so übermässig eingeschränkt.</p> <p>Eine solche Regelung gemäss Art. 64a Abs. 3 KVG zum Zeitpunkt der Meldung eines Betreibungsereignisses an die Kantone ist zudem viel zu früh, würde einen enormen Bearbeitungsaufwand bei den Versicherern zur Folge haben (Mutationen, Beschwerden) und wäre für die Versicherten mit erheblichen Konsequenzen verbunden.</p> <p>Eine eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer führt auch zu zusätzlichem administrativem Aufwand, wenn der Versicherungsnehmer die Regeln nicht einhält. Zudem: Wer entscheidet über das konkrete Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl wenn ein Versicherer verschiedene Modelle anbietet?</p> <p>Eine Zuteilung löst auch das grundsätzliche Problem nicht. Es führt aber</p>

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>⁸ Der Bundesrat legt die Aufgaben der Revisionsstelle fest und bezeichnet die einem Verlustschein gleichzusetzenden Rechtstitel. Er regelt die Einzelheiten des Mahn- und Betreibungsverfahrens, der Datenbekanntgabe der Versicherer an die Kantone sowie der Zahlungen der Kantone an die Versicherer.</p>	<p><u>^{7ter} Versicherte, die das 18. Altersjahr vollendet haben, können den Versicherer und die Versicherungsform in Abweichung der Absätze 6 und ^{7bis} auf das Ende des Kalenderjahres wechseln. Dies unabhängig davon, ob Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse oder Betriebskosten für sie ausstehen. Bei versicherungspflichtigen Familienangehörigen mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der europäischen Union, in Island oder Norwegen geht Artikel 4a vor.</u></p> <p><u>^{7quater} Die Kantone und die Versicherer tauschen ihre Daten nach einem einheitlichen Standard aus. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten, nachdem er die Kantone und die Versicherer angehört hat.</u></p>	<p><u>^{7ter} Versicherte, die das 18. Altersjahr vollendet haben, können den Versicherer und die Versicherungsform in Abweichung der Absätze 6 und ^{7bis} auf das Ende des Kalenderjahres wechseln, auch wenn Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse oder Betriebskosten <i>aus ihrer Minderjährigkeit</i> für sie ausstehen. Bei versicherungspflichtigen Familienangehörigen mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der europäischen Union, in Island oder Norwegen geht Artikel 4a vor.</u></p> <p><u>^{7quater} Die Kantone und die Versicherer tauschen ihre Daten nach einem einheitlichen <i>elektronischen</i> Standard aus. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten, nachdem er die Kantone und die Versicherer angehört hat.</u></p>	<p>zu einem nicht vertretbaren Mehraufwand bei den Versicherern, während einzig der Kanton profitiert.</p> <p>Einverstanden. Volljährige sollen nicht belangt werden für Forderungen aus ihrer Minderjährigkeit. Die Eltern sind neu Schuldner dieser Forderungen. Die Formulierung des Entwurfs ist allerdings unklar: Zwar sollen ausstehende Forderungen aus der Zeit vor Volljährigkeit einem Versicherungswechsel nicht im Wege stehen, aber ein solcher soll bei ausstehenden Forderungen, die im Zeitalter der Volljährigkeit entstanden sind, ausgeschlossen bleiben.</p> <p>Ein schweizweit einheitlicher Datenaustausch für den Art. 64a KVG analog zum bestehenden erfolgreichen Datenaustausch Prämienverbilligung ist zu begrüssen und zu unterstützen. Insbesondere da santésuisse und GDK einen solchen (freiwilligen) Datenaustausch bereits etabliert haben.</p> <p>Keine Bemerkung. Diese Anpassung folgt aus Absatz ^{7quater}.</p>

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p><u>zelheiten des Mahn- und Betreibungsverfahrens und der Zahlungen der Kantone an die Versicherer.</u></p>		
	//		
	<p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</p> <p>¹ Übernimmt ein Kanton zusätzlich 3 Prozent einer Forderung, von der er vor dem Inkrafttreten der Änderung vom... bereits 85 Prozent nach Artikel 64a Absatz 4 übernommen hatte, so tritt der Versicherer ihm diese Forderung ab. Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung.</p>	<p>¹ Übernimmt ein Kanton zusätzlich 3 Prozent einer Forderung, von der er vor dem Inkrafttreten der Änderung vom... bereits 85 Prozent nach Artikel 64a Absatz 4 übernommen hatte, so tritt der Versicherer ihm diese Forderung ab. Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung.</p>	<p>Wir lehnen es ab, dass der Kanton den Anspruch zur Übernahme von «alten» Verlustscheinen erhält.</p> <p>Würde diese Übergangsbestimmung in Kraft treten und würden somit Kantone von dieser 3%-Regelung Gebrauch machen, würde ein grosser administrativer Aufwand sowohl auf die Versicherer als auch auf die Kantone zukommen.</p> <p>Gelder, welche bisher nicht forderungstilgend auf den Verlustscheinen gebucht wurden, müssen nun tilgend gebucht werden (85%+3%). Die Differenzbeträge (die restlichen 12%) müssen alle abgeschrieben werden. Sofern bereits Teilzahlungen auf den Verlustscheinen stattgefunden haben, ist der korrekte Betrag zu berechnen. Auch müssten bereits getroffene Abzahlungsabkommen entsprechend aufwändig abgelöst werden. Was geschieht weiter mit Verlustscheinforderungen, welche durch die Bewirtschaftung in Betreuung sind? Der Kanton läuft zudem Gefahr, Verlustscheine von verstorbenen Personen zu erhalten.</p>

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>² Artikel 61a und 64 in ihrer Fassung vom ... sind auf die Versicherten anzuwenden, die bei deren Inkrafttreten minderjährig sind. Sie gelten auch für deren Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betriebskosten, die vor dem Inkrafttreten unbezahlt waren.</p>	<p>¹ <u>Kantone und Versicherer können vereinbaren, dass Forderungen, die vor dem Inkrafttreten der Änderung vom ... entstanden sind, an den Kanton übergehen. Der Kanton hat den Versicherer angemessen zu entschädigen. Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung.</u></p> <p>³ <u>Die Kantone und Versicherer führen innerhalb von einem Jahr ab Inkrafttreten dieser Änderung den elektronischen Datenaustausch nach Artikel 64a Absatz 7^{quater} ein.</u></p>	<p>Wenn ein Versicherer und ein Kanton im Vorfeld prüfen, wieviel administrativer Aufwand durch eine Übernahme entsteht, kann schon entschieden werden ob sich die Übernahme lohnt, oder ob darauf verzichtet werden soll. Wenn sowohl der Versicherer als auch der Kanton ihr Einverständnis geben für die Übernahme, kann diese vollzogen werden.</p> <p>Mit einer «doppelten Freiwilligkeit» wird sichergestellt, dass nur Verlustschiene von den Kantonen übernommen werden, wo der anfallende administrative Aufwand für den Versicherer und den Kanton in einem vertretbaren Rahmen liegt, so dass sich eine Übernahme auch für beide Seiten noch lohnt.</p> <p>Diese Vorgabe ist zu unterstützen.</p> <p>Für die Umsetzung eines einheitlichen Datenaustausches analog zum bereits bestehenden Datenaustausch Prämienverbilligung muss eine Übergangsfrist vorgesehen werden. Die Frist von einem Jahr sollte ausrei-</p>

Änderung KVG – Ergänzung von Art. 64a (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten)

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
			chen, da die Konzepte (Datenaustauschkonzept, Betriebskonzept) bereits bestehen, mit sedex die Plattform für den Datenaustausch verwendet wird ist, die entsprechende Domäne existiert und bereits diverse Teilnehmer elektronisch Daten austauschen.
	///		
	¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum. ² Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.		

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse
Direktion



Verena Nold
Direktorin santésuisse

Abteilung Grundlagen



Dr. Christoph Kilchenmann
Leiter Abteilung Grundlagen

Per E-Mail

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

Luzern, 01.10.2020

Vernehmlassungsantwort zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, Stellung zur Vernehmlassungsvorlage zur Änderung des Bundesgesetz über die Krankenversicherung nehmen zu können.

Wir befürworten die geplante Entlastung von jungen Erwachsenen für Schulden, die vor Erreichen der Volljährigkeit entstanden sind. In der Praxis zeigt sich immer wieder, dass junge Erwachsene oft erst mit Verzögerung und meist per Zufall von den Prämienausständen bei der Krankenversicherung aus der Kindheit erfahren. Meist geschieht dies erst, wenn der Versicherer ihnen einen Versicherungswechsel infolge Ausstände verweigert. Oft ist es den versicherten Personen nicht möglich, die hohen Schulden bei der Krankenversicherung zu begleichen. Zum Teil werden sie von der Versicherung für diese Ausstände betrieben, manche Versicherer verzichten darauf, verweigern jedoch einen Versichererwechsel.

Durch die Gesetzesänderung wird dieser Missstand behoben und die jungen Erwachsenen müssen weder für die Schulden einstehen, für die die Inhaber der elterlichen Sorge hätten aufkommen müssen, noch können sie an einem Versicherungswechsel gehindert werden.

Ebenfalls zielführend ist die Streichung von Art. 64a Abs. 7 KVG, womit zukünftig den Kantonen die Führung einer Liste säumiger Prämienzahler untersagt wird. Unseres Erachtens wurde durch die kantonale unterschiedliche Handhabung dieser Listen eine Ungleichheit geschaffen und Personen aus wirtschaftlich und sozial schwachen Schichten wurden benachteiligt. Das Ziel, die Zahlungsunwilligen zu bestrafen, wurde verfehlt und leider wurden vor allem die Zahlungsunfähigen dadurch benachteiligt. Durch die Aufhebung dieser Listen soll die Gleichbehandlung wieder hergestellt werden, was wir befürworten.

Die Möglichkeit, dass die Kantone selbst entscheiden können, ob sie 85 Prozent oder 90 Prozent der Verlustscheinforderung übernehmen wollen, und somit selbst bestimmen können, ob der Verlustschein beim Versicherer bleibt oder an die Kantone geht, klingt spannend und würde insbesondere für die Versicherten betreffend Versicherungswechsel Vorteile bringen. Dass jedoch je nach Kanton wieder unterschiedliche Systeme eingeführt werden, erachten wir als Nachteil und stellt unserer Erachtens für die Versicherten – je nach Wohnkanton – eine Ungleichbehandlung dar. Ebenfalls unklar bleibt, wann genau die Forderung als vollständig bezahlt gilt, so dass ein Wechsel möglich sein soll. Wir würden eine schweizweit einheitliche Regelung bevorzugen.

Unsere detaillierte Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen finden Sie im beiliegenden Formular.

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

Freundliche Grüsse

Ombudsstelle Krankenversicherung



lic. iur. Morena Hostettler Socha, RA
Ombudsfrau



Barbara Wörsching-Würmli
Juristin MLaw

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

Stellungnahme von

Name / Organisation : Ombudsstelle Krankenversicherung

Abkürzung der Organisation : OM-KV

Adresse : Morgartenstrasse 9, Postfach 3565, 6002 Luzern

Kontaktperson : MLaw Barbara Wörsching-Würmli

Telefon : 041 211 00 24; montags und donnerstags erreichbar

E-Mail : barbara.woersching@om-kv.ch

Datum : 01.10.2020

Wichtige Hinweise:

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

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	<u>2</u>
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)	<u>2</u>

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

Weitere Vorschläge _____

2

Allgemeine Bemerkungen

Name	Bemerkung/Anregung
OM-KV	Die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Ombudsstelle Krankenversicherung bittet aber um Berücksichtigung der nachfolgenden Bemerkungen.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Name	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
OM-KV	5	2		Zur einheitlichen Verwendung der Begriff in den verschiedenen Gesetzessammlung sollte von <i>Beistand</i> anstatt <i>Vormund</i> gesprochen werden:	... Der Prämienzuschlag eines Kindes ist ausschliesslich von den Eltern solidarisch oder vom Elternteil, der dessen Prämien schuldet, oder vom <i>Beistand</i> geschuldet.
OM-KV	64a	1bis		Diese Änderung ist sehr zu unterstützen. Wir werden in der Praxis immer wieder von jungen Erwachsenen kontaktiert, die beim Krankenversicherer Schulden haben, welche während der Minderjährigkeit entstanden sind und nun vom Versicherer dafür belangt werden. Einzig um Auslegungsprobleme in der Praxis zu vermeiden, schlagen wir folgende die Änderung des Gesetzeswortlautes vor:	Ist die versicherte Person minderjährig, sind die Bestimmungen zum Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen <i>auf den Inhaber oder die Inhaberin der elterlichen Sorge oder den Beistand</i> anzuwenden. Für Forderungen, die während der Zeit entstehen, in der die versicherte Person minderjährig ist, <i>gilt diese Regelung auch nach Erreichen der Volljährigkeit.</i>
OM-KV	64a	Abs. 2		Grundsätzlich begrüßen wir die Regulierung, dass die Versicherer nur maximal 4x pro Jahr eine versicherte Person betreiben dürfen, insbesondere da dadurch unnötige zusätzliche Kosten durch die Betreibungen vermieden werden können. Wir würden aber eine noch weitergehende Regulierung bei den Versicherern durch den Bundesrat auf Verordnungsebene unterstützen, welche die Höhe der maximal zulässigen Mahn- sowie Inkassospesen pro Betreibung regelt, da wir in der Praxis immer wieder sehr grosse Unterschiede bei den verschiedenen Versicherern in der	

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

				<p>Festsetzung dieser Kosten beobachten und unseres Erachtens die Mahn- und Inkassospesen im Verhältnis zum geltend gemachten Ausstand oft nicht dem Äquivalenzprinzip entsprechen, was auch vom Bundesgericht bereits in einigen Fällen gerügt worden ist.</p> <p>Zudem würden wir die Bestimmung noch so eingrenzen, dass die 4 Betreibungen pro Jahr nicht pro Person sondern pro Familie gelten, sofern die Prämien für mehrere Personen, welche in einer Familienpolice aufgeführt sind, ausstehend sind und betrieben werden müssen.</p>	
OM-KV	64a	4		<p>Dieser Absatz entspricht der bisherigen Bestimmung. Wir können nachvollziehen, dass aufgrund der Akzeptanz bei den Kantonen sowohl diese Lösung als auch die neue Lösung nach Abs. 5 angeboten wird. Wir würden jedoch eine einheitliche Lösung zur Vereinfachung der Prozesse bei den Versicherern begrüssen und befürworten daher eine Streichung des Art. 64a Abs. 4 KVG.</p>	
OM-KV	64a	5		<p>Wir begrüssen diese neue Bestimmung, insbesondere, da sie den Versicherten einen Versicherungsverwechsel ermöglicht. Dies betrifft vor allem Versicherte, welche beispielsweise durch eine Kassenübernahme oder einen Wohnortwechsel plötzlich viel höhere Prämien zahlen müssen, aufgrund von früheren Ausständen aber nicht wechseln können und aufgrund des massiven Prämienanstieges gar nicht mehr in der Lage sind, die Prämien schulden zu tilgen.</p> <p>Wir möchten jedoch darauf hinweisen, dass die Möglichkeit des Wechsels genauer definiert sein muss, da nach unserer Erfahrung säumige Versicherte oft nicht nur ein paar ausstehende Prämienrechnungen haben, welche in Betreuung gesetzt werden, sondern dass die Versicherten ihre Prämien regelmässig nicht zahlen können, wenn ihnen grundsätzlich das Geld dazu fehlt. Somit kommt es auch zu mehreren Betreibungen, welche zum Teil noch nicht abgeschlossen sind, wenn für die erste bereits ein Verlustschein ergeht, der an den Kanton abgetreten wird, was gemäss dem Entwurf des Gesetzestextes aber bereits zum</p>	<p>....Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung. In diesen Fällen kann die versicherte Person den Versicherer und die Versicherungsform in Abweichung der Absätze 6 und 7bis wieder wechseln, sofern sie nicht aufgrund von weiteren offenen Mahnungen oder in Betreuung gesetzten Forderungen für Prämien oder Kostenbeteiligungen, für welche noch kein Verlustschein ergangen ist, nach Art. 105I Abs. 1 KVV als säumig gilt.</p>

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

				Wechsel berechtigen würde (siehe Textvorschlag).	
OM-KV	64a	6		<p>Das Wechselverbot bleibt bestehen, gemäss dem Bericht der SGK-S gilt dies neu aber nur solange, bis die Forderungen bezahlt sind, sie brauchen nicht durch die versicherte Person bezahlt zu sein.</p> <p>Wir sind uns dabei nicht im Klaren, ob es somit ausreicht, dass der Kanton die 85% des Verlustscheines begleicht und die versicherte Person noch 30% zu übernehmen hat, so dass der Versicherer – nach Rückerstattung der 50% an den Kanton des vom Versicherten erhaltenen Betrages – 100% seiner Forderungen gedeckt sind und der Versicherte somit den Versicherer wechseln kann. Unser Vorschlag für die Textänderung lautet daher wie folgt:</p>	<p>.....nicht vollständig bezahlt sind. Die Verlustscheinübernahme von 85% durch den Kanton wird als Zahlung angerechnet.</p>
OM-KV	64a	7		<p>Wir unterstützen die Bestrebungen, Absatz 7 aufzuheben. Nach unserer Erfahrung werden mit einer Liste säumiger Prämienzahler in der Regel nicht die Zahlungsunwilligen sondern die Zahlungsunfähigen bestraft. Bei den zahlungsfähigen aber zahlungsunwilligen Schuldnern kommt es in der Regel zu einer Lohnpfändung und je nach Kanton werden solche nicht mal auf der Liste erfasst, je nach dem ob der Eintrag ab dem Fortsetzungsbegehren oder ab Ausstellung des Verlustscheines erfolgt. Bei den Zahlungsunfähigen endet jedoch die Betreuung in einem Verlustschein. Im Kanton Zug erfolgt der Eintrag auf der Sperrliste sogar erst zu diesem Zeitpunkt. In einigen anderen Kantonen werden die Versicherten ab Ausstellung des Verlustscheines wieder von der Liste gestrichen, jedoch erst, wenn der Kanton die 85% der Forderung übernommen hat und keine weiteren offene Betreibungen bestehen. Dieser Zustand kann sich daher ewig hinziehen, ohne dass die Versicherten einen Zugang zum Gesundheitssystem erhalten, mit Ausnahme einer Notfallbehandlung. Meist kommen diese Personen ohnehin schon aus wirtschaftlich und sozial schwachen Bevölkerungsschichten und können sich keine Behandlung beim Arzt leisten. Dies untergräbt unseres Erachtens den Sinn und Zweck des</p>	

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

				Obligatoriums. Eine Definition des Notfallbegriffes hebt diese Problematik ebenfalls nicht auf.	
OM-KV	64a	7bis		<p>Wir können die Absicht der Prämieinsparung nachvollziehen, sehen aber weitere Hürden, die sich durch diese Zwangszuteilung ergeben können. Beispielsweise werden die Sanktionen bei einem Regelverstoss je nach Versicherer unterschiedlich gehandhabt. Bei den einen kommt es zu einer Umteilung in das ordentliche Versicherungssystem, bei den andern werden bei einem Regelverstoss die Leistungen gar verweigert. Im Fall von Abs. 7bis wäre nur letzteres denkbar, da die Zuteilung bereits auf Anordnung der Versicherung erfolgt ist. Berücksichtigt man aber, dass vor allem wirtschaftlich und sozial Schwache eher zum Kreise der Zahlungsunfähigen und somit zum Personenkreis von Abs. 7bis gehören, hätte eine Leistungsverweigerung des Versicherers aufgrund eines Regelverstosses einschneidende finanzielle Konsequenzen. Unseres Erachtens braucht es hier genauere Regelungen durch den Bundesrat, in welches Modell die Versicherten umgeteilt werden dürfen, sowie betreffend die Informationspflicht des Versicherers gegenüber der versicherten Person über die Umteilung, das Versicherungsmodell sowie über die Konsequenzen eines Regelverstosses. Ebenfalls sollte unseres Erachtens erst bei einem dritten Regelverstoss und nachdem die versicherte Person darauf aufmerksam gemacht worden ist, eine Leistungsablehnung möglich sein.</p> <p>Diese gesetzliche Regulierung zur Handhabung von Regelverstössen bei den besonderen Versicherungsmodellen wäre grundsätzlich – auch unabhängig von Art. 64a Abs 7bis – auf Verordnungsebene zu befürworten, um eine Gleichbehandlung zu erreichen. Bis anhin regelt jede Kasse die Regelverstösse nach deren Regeln in den AVB.</p> <p>Weiter würden wir befürworten, dass die Vielfalt der Modelle bei den Versicherern auf die Wahlfranchise sowie die eingeschränkte Wahl des Leistungserbringern mit dem HMO- und Hausarztmodell eingeschränkt würde. Unsere Praxiserfahrung zeigt, dass die restlichen Modelle durch unnötigen Formalismus zu mehr</p>	

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

				Problemen als Nutzen führen.	
OM-KV	64a	7ter		<p>Die Wechselfreiheit von jungen Erwachsenen ist zu unterstützen. Unseres Erachtens müsste jedoch der Gesetzeswortlaut umformuliert werden, andernfalls ist daraus nicht klar abzuleiten, ob ein Wechsel trotz Ausständen nur in dem Jahr, in welchem die versicherte Person das 18. Altersjahr erreicht hat, möglich ist oder auch noch danach. Eine solche Beschränkung wäre unseres Erachtens nicht zielführend, da junge Erwachsene oft erst einige Zeit nach Erreichen der Volljährigkeit von den Ausständen erfahren, sie dann zwar nicht mehr belangt werden können, den Versicherer jedoch nicht wechseln könnten.</p> <p>Aus diesem Grund schlagen wir folgende Formulierung vor:</p>	<p>Versicherte, die das 18. Altersjahr vollendet haben, können den Versicherer und die Versicherungsform in Abweichung der Absätze 6 und 7bis <i>jeweils</i> auf Ende des Kalenderjahres kündigen, unabhängig davon, ob Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse oder Betreuungskosten für sie ausstehen, <i>welche während der Zeit, in der sie minderjährig waren, entstanden sind...</i></p>

Weitere Vorschläge			
Name	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag