

Ständerat
Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit
3003 Bern

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

Bern, 4. September 2020

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

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident Rechsteiner, lieber Paul

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

Einleitung

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

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

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

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

Ausgangslage und beantragte Neuregelung

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

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

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

Abschliessende Beurteilung

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

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

In diesem Sinne hoffen wir auf die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHER GEWERKSCHAFTSBUND



Pierre-Yves Maillard
Präsident
Präsident



Reto Wyss
Zentralsekretär
Zentralsekretär

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

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

Bern, 5. Oktober 2020 sgv-Gf/dm

Vernehmlassungsantwort:

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

Sehr geehrte Damen und Herren

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

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

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

Art. 64a Abs. 1^{bis}

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

Art. 64a Abs. 2

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

Art. 64 Abs. 4

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

Art. 64 Abs. 5

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

Art. 64 Abs. 7

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

Art. 64 Abs. 7^{quater}

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

Ziffer 1 der Übergangsbestimmungen

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

Für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Gewerbeverband sgv



Hans-Ulrich Bigler
Direktor



Kurt Gfeller
Vizedirektor

Par courriel:

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

Lausanne, le 5 octobre 2020

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

Madame, Monsieur,

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

Position générale

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

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

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

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

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

A titre d'exemple, la participation cantonale aux créances en suspens s'élevait à un total cumulé de 223 millions de francs en 2013, les dernières statistiques de l'AOS montrent qu'en 2019, elles avaient déjà atteint 392 millions. On observe que dans les cantons où les subsides ont baissé, les montants consacrés aux impayés de l'assurance obligatoire augmentent proportionnellement tout en mettant sous pression une proportion grandissante de la population. Nous avons affaire ici à un cercle vicieux dont l'origine ne saurait toutefois être jugulée par les propositions contenues dans l'initiative thurgovienne.

La FRC est d'avis que l'engagement cantonale devraient en premier lieu se présenter sous la forme d'une aide au paiement des primes, plutôt que sous celle d'un recouvrement des créances. Un tel recouvrement n'abaisse en effet en rien le poids que représentent les primes et les dépenses en santé sur un nombre croissant de ménages. D'une part, parce que ces montants couvrent les frais de rappel ainsi que les frais « pour les dommages découlant d'un défaut de paiement » qui enferment toujours plus les personnes concernées dans la spirale de l'endettement. D'autre part, parce que le régime de recouvrement par les cantons apparaît comme une indemnisation des assureurs. Il est frappant de constater la répartition inégale entre les charges assumées par les deniers cantonaux (85 %) et la part rendue par les assureurs, en cas de recouvrement par l'assuré (50 %). Cette forme d'indemnisation des assurés par de l'argent public est inconcevable dans le contexte actuel où les retards ou la cause des défauts de paiement n'est pas tellement à chercher du côté de la mauvaise volonté des assurés, mais s'explique par la hausse constante des primes.

Détermination sur les mesures proposées :

Sur cette base, la FRC formule les déterminations suivantes quant aux propositions rassemblées dans l'initiative cantonale du canton de Thurgovie 16.312 :

- L'abolition des listes noires proposées par la révision est nécessaire selon la FRC. Elle rejette fermement la motion minoritaire qui propose de définir de manière uniforme « la prise en charge d'urgence ».
- La FRC soutient également la proposition de la Commission visant à corriger la situation actuelle qui voit les mineurs accumuler les dettes contractées dans le passé et en devenir les titulaires lorsqu'ils deviennent majeurs. Il est absolument intolérable qu'avant même d'avoir disposé d'une chance de s'installer dans leur vie d'adulte des jeunes subissent le poids d'une créance qui – circonstance aggravante – leur bloque l'accès à une prise en charge médicale standard dans les cantons qui recourent aux listes noires.
- La FRC apprécie la mesure qui vise à limiter le nombre de procédures de recouvrement à quatre lancements par année, afin d'éviter un trop grand cumul de pénalités. Elle est toutefois d'avis que cette limitation devrait s'élever à deux procédures par an pour que la mesure soit efficace et qu'elles bénéficient vraiment aux assurés et, indirectement, aux cantons.
- La FRC est fermement opposée au transfert dans des modèles alternatifs des assurés en souffrance de paiement (art.64a al.7bis). Cette mesure résonne déjà comme un aveu : ces modèles alternatifs, pourtant tant vantés par les assureurs, seraient-ils des

modèles de 2^{ème} classe ou seraient-ils dotés d'un caractère punitif auquel se serait soumis déjà 70% des assurés ? Indépendamment de ce point, la FRC sait bien à travers les analyses qu'elle mène annuellement sur l'ensemble des modèles alternatifs proposés en Suisse romande que tous ces modèles ne se valent pas et que certains sont plus contraignants que d'autres. De la même manière, certains modèles alternatifs sont plus adaptés à certains profils (en fonction de l'âge, mais également du lieu de résidence ou des besoins en santé). Dès lors, il faut s'attendre à ce qu'une part non-négligeable d'assurés se retrouvent lésés une deuxième fois en étant soumis de force à des conditions générales ou une offre qui ne correspond pas à leurs besoins.

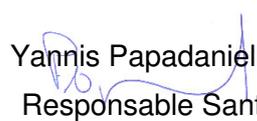
- La FRC ne s'exprime pas sur un éventuel transfert de créance aux cantons. Elle ne souscrit en tous les cas nullement à l'argument – justifiant un tel transfert – selon lequel il faut distinguer les assurés qui ne *veulent* pas payer leurs dus de ceux qui ne *peuvent* pas le payer. Les conditions actuelles – l'augmentation continue de l'IPAM (indice des primes d'assurance maladie) – ne permettent tout simplement pas d'opérer une distinction nette et définitive entre ne pas vouloir et ne pas pouvoir payer ses primes.

En conclusion, si la majorité des propositions va dans le bon sens, elles ne participent en rien à endiguer les causes bien plus profondes qui conduisent des individus et des ménages toujours plus à nombreux à ne plus pouvoir faire face à leur obligation de paiement. Des primes fixées selon le revenu, une meilleure distribution des réserves excédentaires des assureurs, et un pilotage plus affirmé du système de santé permettrait de mieux protéger le pouvoir d'achat des assurés qui ne cesse de baisser à mesure que les primes des caisses maladie augmentent. En complément de ces mesures, il est bien entendu important d'avoir un dispositif de contrôle qui permette de sanctionner les mauvais « payeurs » pour autant que ceux-ci soient clairement identifiables. Mais ce contrôle seul ne saurait offrir une solution durable à la problématique des primes et, plus généralement, au financement du système de santé.

Nous vous remercions de nous avoir consultés ainsi que de l'attention que vous porterez à notre prise de position et restons à votre disposition pour toute demande complémentaire.

Avec nos meilleures salutations,


Sophie Michaud Gigon
Secrétaire générale


Yannis Papadaniél
Responsable Santé