



16.312

Standesinitiative

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

Erläuternder Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates

vom 25. Mai 2020

Übersicht

Wenn Versicherte ihre Prämien und Kostenbeteiligungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nicht bezahlen und nach dem Betreibungsverfahren ein Verlustschein ausgestellt wird, vergütet der Kanton dem Versicherer 85 Prozent der ausstehenden Forderungen. In den Jahren 2012 bis 2018 haben die Kantone den Versicherern nahezu zwei Milliarden Franken für ausstehende Forderungen bezahlt.

Im Grossen und Ganzen hat sich die Regelung, die seit dem 1. Januar 2012 gilt, bewährt. Sie soll jedoch in verschiedenen Punkten verbessert werden. Dabei soll den Anliegen der Kantone, der Versicherten, der Versicherer und der Leistungserbringer ausgewogen Rechnung getragen werden:

- Minderjährige sollen selber keine Prämien und Kostenbeteiligungen mehr schulden, sondern die Eltern sollen dafür haften. So kann verhindert werden, dass junge Menschen für Prämien schulden aufkommen müssen, sobald sie erwachsen werden.

- Die Versicherer sollen die säumigen Versicherten höchstens viermal pro Jahr betreiben dürfen. So kann teurer administrativer Aufwand verhindert werden, ohne dass die Versicherer bei ihrem Inkasso über Gebühr eingeschränkt werden.

- Die Kantone sollen keine Listen säumiger Prämienzahler mehr führen, denen nur Notfallbehandlungen von den Versicherern vergütet werden. In der Praxis konnte nicht nachgewiesen werden, dass dank dieser Listen die Zahlungsmoral von zahlungsfähigen, aber zahlungsunwilligen Versicherten hätte verbessert werden können. Hingegen erwies sich das Risiko als real, dass die medizinische Grundversorgung von wirtschaftlich und sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen – und sogar von Kindern – gefährdet werden könnte. Eine Minderheit der Kommission beantragt, an der Möglichkeit der Listen und des Leistungsaufschubs für säumige Versicherte festzuhalten. Sie schlägt jedoch vor, den Begriff der Notfallbehandlung im KVG zu definieren.

- Versicherte, für die wegen nicht bezahlter Prämien und Kostenbeteiligungen ein Verlustschein ausgestellt wurde, sollen in einer Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (zum Beispiel einem Hausarztmodell) versichert werden. Bei diesen Versicherungen kann die Prämie bis zu 20 Prozent tiefer ausfallen als bei einer Versicherung mit freier Arzt- und Spitalwahl. Solche Versicherte können den Versicherer und die Versicherungsform nur dann wechseln, wenn entweder sie ihre Schulden bezahlt haben oder der Kanton den Verlustschein vom Versicherer übernommen hat (siehe unten).

- Was die Bewirtschaftung der Verlustscheine betrifft, soll es neu zwei Möglichkeiten geben: 1) Wie bisher vergütet der Kanton dem Versicherer 85 Prozent der ausstehenden Forderungen, der Versicherer behält den Verlustschein und erstattet 50 Prozent von allfälligen späteren Zahlungen an den Kanton zurück. 2) Der Kanton vergütet dem Versicherer 90 Prozent der ausstehenden Forderung, übernimmt den Verlustschein und wird selber zum Gläubiger. Da die Kantone einen besseren Über-

blick über die finanzielle Situation der säumigen Versicherten haben, können sie besser abschätzen, wie diese ihre Schulden sanieren können.

Inhaltsverzeichnis

Übersicht	2
1 Entstehungsgeschichte	5
1.1 Geltendes Recht	5
1.2 Die Standesinitiative des Kantons Thurgau und die Arbeiten der SGK-S	6
2 Ausgangslage	7
2.1 Entwicklung der Zahlungsausstände	7
2.2 Listen der säumigen Prämienzahlenden	10
2.2.1 Angestrebte Wirkung nicht erwiesen	10
2.2.2 Zum Begriff «Notfallbehandlungen»	13
2.3 Zahl der Betreibungen	14
2.4 Abtretungsvereinbarungen zwischen Kantonen und Versicherern	14
2.5 Erledigung parlamentarischer Vorstösse	15
3 Grundzüge der Vorlage	15
3.1 Minderheitsantrag	17
4 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen	17
5 Auswirkungen	26
5.1 Finanzielle und personelle Auswirkungen	26
5.2 Andere Auswirkungen	26
5.3 Vollzugstauglichkeit	26
6 Verhältnis zum europäischen Recht	27
7 Rechtliche Grundlagen	28
7.1 Verfassungs- und Gesetzmässigkeit	28
7.2 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen	28
7.3 Erlassform	28

Bericht

1 Entstehungsgeschichte

1.1 Geltendes Recht

Das Parlament hat die Regelung betreffend nichtbezahlte Prämien und Kostenbeteiligungen (Art. 64a KVG) letztmals am 19. März 2010 geändert. Diese Änderung des KVG beruhte weitgehend auf einer Einigung zwischen dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI), der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Santésuisse (Dachverband der Versicherer). Ihre Hauptpunkte sind:

- Das Verfahren bei Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen wird geregelt;
- der Kanton übernimmt 85 Prozent der Forderungen, die zu einem Verlustschein geführt haben (Abs. 4);
- als Gegenleistung verzichtet der Versicherer grundsätzlich auf eine Leistungssistierung;
- er behält den Verlustschein und erstattet 50 Prozent von allfälligen späteren Zahlungen an den Kanton zurück (Abs. 5);
- die versicherte Person kann den Versicherer nicht wechseln, solange sie säumig ist (Abs. 6).

Bei den Beratungen beschloss das Parlament zudem, die Kantone zu ermächtigen, Versicherte, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen, auf einer Liste zu erfassen. Die Liste ist nur den Leistungserbringern, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich. Die Versicherer schieben für diese Versicherten die Übernahme der Kosten für Leistungen auf, mit Ausnahme der Notfallbehandlungen (Art. 64a Abs. 7 KVG).

Gleichzeitig verpflichtete das Parlament die Kantone, die Prämienverbilligung direkt den Versicherern zu bezahlen (Art. 65 Abs. 1 KVG). Dabei wurde auch das Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG¹) so geändert, dass auch der jährliche Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach ELG direkt dem Versicherer ausbezahlt ist.

Der Bundesrat regelte den Vollzug (Art. 105a bis 106e Verordnung über die Krankenversicherung, KVV²) und setzte die Gesetzesänderung auf den 1. Januar 2012 in Kraft.

¹ SR 831.30

² SR 832.102

1.2 Die Standesinitiative des Kantons Thurgau und die Arbeiten der SGK-S

Am 30. Mai 2016 reichte der Kanton Thurgau die Standesinitiative ein, mit der er den Bund aufforderte, Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung zu ergänzen. Absatz 4 sollte demnach neu wie folgt lauten: «Der Kanton übernimmt 85 Prozent der Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 waren. Übernimmt der Kanton 90 Prozent dieser Forderungen, überträgt ihm der Versicherer den Verlustschein oder gleichwertigen Rechtstitel zur Bewirtschaftung. Mit der Übertragung findet ein Gläubigerwechsel statt. Der Kanton zeigt der versicherten Person den Gläubigerwechsel an. Absatz 5 findet in diesen Fällen keine Anwendung.» In der Begründung der Standesinitiative machte der Kanton Thurgau geltend, das Interesse der Versicherer an einem effizienten und wirksamen Inkasso der Krankenkassenprämien sei mit der Einführung von Artikel 64a KVG (siehe Ziff. 1.1) signifikant geschwächt worden. Es sei für die im Kanton Thurgau zuständigen öffentlichen Stellen äusserst störend, dass sie in der Zahlungspflicht stünden, ohne Einfluss auf das Eintreiben der entsprechenden Forderungen nehmen zu können.

Am 13. Februar 2017 hörte die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) eine Vertretung des Kantons Thurgau an. Am 28. März 2017 beschloss sie mit 6 zu 0 Stimmen bei 5 Enthaltungen, der Standesinitiative Folge zu geben. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) stimmte diesem Beschluss am 25. Januar 2018 mit 16 zu 6 Stimmen bei 1 Enthaltung zu. Am 2. März 2018 wurde die Initiative dem Ständerat und damit der SGK-S zur Ausarbeitung eines Erlassentwurfs zugewiesen (Art. 117 Abs. 1 ParlG³). Die Kommission zog dazu – gestützt auf Artikel 112 Absatz 1 Parlamentsgesetz – Sachverständige des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) bei.

Im Laufe des Frühjahres 2018 führten Medienberichte über das Versterben eines HIV-positiven Patienten, der auf der Liste der säumigen Prämienzahler des Kantons Graubünden aufgeführt gewesen sei, und ein Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen über die Auslegung des Begriffs «Notfallbehandlungen»⁴ zu zahlreichen parlamentarischen Interventionen⁵. Insbesondere reichte die SGK-N am 6. Juli 2018 die Motion «Definition des Notfalls» (18.3708) ein. Sie wollte den Bundesrat beauftragen, eine Änderung des KVG vorzulegen, um Artikel 64a Absatz 7 mit der Vorgabe zu ergänzen, dass der Kanton die Notfallbehandlungen umschreiben muss. Der Nationalrat nahm die Motion am 19. September 2018 ohne Gegenantrag an.

³ Parlamentsgesetz (SR 171.10)

⁴ Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. April 2018, KSCHG 2017/5; siehe auch Ziff. 2.2.2.

⁵ [18.3400](#) n Ip. de la Reussille. Im Jahr 2018 in der Schweiz wegen mangelnder Gesundheitsversorgung sterben; [18.3643](#) n Mo. Barrile. Artikel 64a Absatz 7 KVG. Abschaffung der schwarzen Listen; [18.5269](#) Fra. Ruiz Rebecca. Krankenversicherung und schwarze Listen. Wie lange will man noch Menschen sterben lassen?; [18.5278](#) Fra. Heim. Krankenversicherung und schwarze Listen. Ausser Spesen nichts gewesen, nur Aufwand und menschlich problematische Situationen; [18.5296](#) Fra. Feri Yvonne. Krankenkassenprämien. Zahlung über Lohnabzug; [18.5297](#) Fra. Barrile. Krankenversicherung. Schwarze Listen können Menschen töten. Widerspricht dies nicht dem Geist der Verfassung und des KVG?

Vor diesem Hintergrund beschloss die SGK-S am 16. Oktober 2018, Vertretungen der GDK sowie der beiden Dachverbände der Versicherer, Santésuisse und Curafutura, anzuhören. Die Anhörungen fanden am 17. Januar 2019 statt. Im Anschluss daran beauftragte die SGK-S die Verwaltung mit der Erarbeitung eines Vorentwurfs, der das Vorgehen bei Nichtbezahlen der Prämien umfassend verbessern sollte. Die Kommission beriet an ihrer Sitzung vom 29. Oktober 2019 über den entsprechenden Vorentwurf und beauftragte die Verwaltung, Ergänzungen auszuarbeiten.

An der gleichen Sitzung prüfte die Kommission zwei materiell identische Motionen aus dem Nationalrat, die ebenfalls das Thema der nicht bezahlten Prämien betreffen (Motionen 17.3323 und 18.4176). Mit diesen Vorstössen sollte der Bundesrat beauftragt werden, die notwendigen Gesetzesänderungen vorzulegen, damit die Eltern auch dann Schuldner der nicht bezahlten Krankenkassenprämien ihrer unterhaltspflichtigen Kinder bleiben, wenn die Unterhaltspflicht weggefallen ist. Auf Antrag der Kommission nahm der Ständerat beide Motionen am 4. Dezember 2019 ohne Gegenstimme an. Um Doppelspurigkeiten in der Gesetzgebungsarbeit zu vermeiden, baute die Verwaltung entsprechende Bestimmungen im Einverständnis mit der Kommission in den vorliegenden Vorentwurf ein.

Die SGK-S beriet den überarbeiteten und ergänzten Vorentwurf an ihrer Sitzung vom 25. Mai 2020. Sie hiess den Vorentwurf einstimmig gut und beschloss, ihn zusammen mit dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassung zu unterbreiten.⁶

2 Ausgangslage

2.1 Entwicklung der Zahlungsausstände

Mit der letzten Revision von Artikel 64a KVG (siehe Ziff. 1.1) wurde das Problem gelöst, dass Leistungserbringer auf unbezahlten Rechnungen sitzenblieben, weil die Versicherer die Kostenübernahme für Leistungen bei säumigen Versicherten grundsätzlich aufschoben. Die seit dem 1. Januar 2012 geltende Regelung hat indessen dazu geführt, dass die finanzielle Belastung der Kantone kontinuierlich gestiegen ist.

Im Jahr 2018 hatten rund 166 000 Versicherte Zahlungsausstände, für welche der Versicherer einen Verlustschein erhalten und der Kanton 85 Prozent der Forderung übernommen hatte. Die Kantone bezahlten den Versicherern dafür rund 385 Millionen Franken.⁷ In den Jahren 2012 bis 2018 haben die Kantone den Versicherern insgesamt rund 1,984 Milliarden Franken für ausstehende Forderungen bezahlt.⁸

⁶ Damit die Arbeiten weitergeführt werden können, beschloss der Ständerat am 3. Juni 2020 mit 29 zu 3 Stimmen bei 1 Enthaltung, die Behandlungsfrist der Standesinitiative zu verlängern.

⁷ Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, Tabelle 4.10, 2018, BAG

⁸ Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, Tabelle 4.11, 2018, BAG

Gewisse Kantone übernehmen 85 Prozent der Forderungen zulasten des Prämienverbilligungskredits.⁹ Das KVG verpflichtet die Kantone, den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen die Prämien zu verbilligen (Art. 65 Abs. 1 KVG). Der Bund gewährt ihnen jährlich einen Beitrag zur Verbilligung der Prämien (Art. 66 KVG). Sie dürfen diesen Beitrag nicht für andere Zwecke verwenden. Die Kantone stellen aber auch eigene Mittel zur Verfügung, um die Prämien zu verbilligen. Sie entscheiden, ob sie aus diesen Mitteln auch ausstehende Forderungen finanzieren. Der Bund hat keine diesbezüglichen Angaben.

Zu den Rückvergütungen der Versicherer an die Kantone nach Artikel 64a Absatz 5 KVG hat das BAG die Versicherer im Jahr 2017 befragt. Aufgrund dieser Umfrage haben die Versicherer den Kantonen im Jahr 2016 rund neun Millionen Franken zurückvergütet. Dieser Betrag entspricht rund drei Prozent des von den Kantonen in diesem Jahr bezahlten Betrages (305 Millionen Franken). Die Rückvergütungen haben seit 2013 von Jahr zu Jahr leicht zugenommen. Von 2012 bis 2016 haben die Versicherer den Kantonen insgesamt rund 20 Millionen Franken zurückerstattet. Dies entspricht knapp zwei Prozent der Kantonsaufwände (1,250 Milliarden Franken bis und mit 2016).

Aufgrund dieser Daten kann der Verlust der Versicherer für das Jahr 2016 geschätzt werden. Da die Kantone den Versicherern rund 305 Mio. Franken (= 85 Prozent) bezahlt haben, kann geschätzt werden, dass den Versicherern rund 53 Millionen Franken (= 15 Prozent) offene Forderungen geblieben sind. Weil die Versicherer den Kantonen 50 Prozent der Rückerstattungen vergüten müssen und sie ihnen rund neun Millionen Franken vergütet haben, ist davon auszugehen, dass sie rund denselben Betrag für sich einnehmen konnten. Somit kann ihr Verlust auf rund 44 Millionen Franken (53 Mio. - 9 Mio. Fr.) geschätzt werden. Diese Daten werden von den Revisionsstellen der Versicherer und allenfalls der Kantone geprüft.

⁹ Siehe zum Beispiel die Stellungnahme des Regierungsrats des Kantons Solothurn vom 27. Februar 2018 zum überparteilichen Auftrag «Abschaffung der schwarzen Liste säumiger Prämienzahler»: «Seit Inkrafttreten des revidierten Art. 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) per 1. Januar 2012 muss der Kanton nicht bezahlte Prämien oder Kostenbeteiligungen, für die ein Verlustschein besteht, zwingend zu 85% übernehmen. Dadurch sind dem Kanton für das Jahr 2017 Mehrkosten zu Lasten des Prämienverbilligungskredites von 9.5 Mio. Franken entstanden.»

Tabelle 1

Zahlungen der Kantone für ausstehende Forderungen aus der OKP seit 2013, in Millionen Franken¹

Kanton	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ZH	33.8	37.8	38.5	40.1	45.9	48.3
BE	29.6	25.7	34.6	35.0	36.1	42.1
LU	2.3	0.3	5.8	6.7	6.6	7.7
UR	-	-	0.2	0.3	0.3	0.4
SZ	0.2	1.0	2.0	2.3	2.4	2.6
OW	0.0	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4
NW	0.0	0.2	0.3	0.4	0.5	0.5
GL	0.7	1.2	1.4	1.2	0.0	1.3
ZG	-	-	-	-	-	-
FR	8.3	9.4	12.2	12.7	13.0	14.6
SO	-	-	-	9.3	11.8	13.4
BS	1.0	7.9	13.2	12.7	12.2	14.6
BL	6.1	9.8	12.8	9.1	12.9	12.7
SH	0.1	1.1	2.1	2.1	2.6	2.6
AR	0.5	0.7	1.0	1.0	1.0	1.2
AI	0.02	0.02	0.03	0.0	0.03	0.04
SG	6.0	5.9	10.4	14.9	14.8	16.2
GR	0.3	1.4	2.8	2.9	2.9	3.3
AG	11.2	7.8	15.4	16.0	14.8	16.4
TG	1.8	1.8	2.0	2.0	3.2	3.2
TI	9.4	6.1	12.2	16.7	17.1	19.2
VD	37.8	45.5	44.7	46.6	44.2	51.3
VS	10.5	12.2	15.4	16.1	18.8	20.8
NE	10.5	12.4	13.7	15.0	15.7	18.4
GE	50.4	44.2	40.1	37.4	65.3	69.4
JU	2.3	3.9	3.6	4.3	4.1	5.0
CH²	223.0	236.6	284.7	305.4	346.5	385.3

1) Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinsen und Betriebskosten, gemäss Art. 64a KVG bzw. Art. 105k KVV, welche vom Kanton an die Versicherungen bezahlt wurden. Seit 2012 übernehmen die Kantone 85 Prozent des gesamten Kostenvolumens für ausstehende Forderungen.

2) Angaben in einigen Kantonen unvollständig und damit auch für CH (kursiv).

Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, Tabelle 4.11, 2018, BAG

2.2 Listen der säumigen Prämienzahlenden

2.2.1 Angestrebte Wirkung nicht erwiesen

Die Kantone können Versicherte, die ihrer Prämienpflicht nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen. Die Versicherer schieben für diese Versicherten die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf (Art. 64a Abs. 7 KVG). Das BAG erhebt bei den Versicherern, wie viele Versicherte von einem solchen Leistungsaufschub betroffen sind. Es erhielt keine vollständigen Angaben, schätzt jedoch die Zahl der Betroffenen aufgrund der Daten jener Versicherer, die vollständige Angaben geliefert haben, für das Jahr 2017 auf 25 780¹⁰. Eine Vertretung von Santésuisse bezifferte gegenüber der SGK-S die Zahl der auf Listen erfassten Personen per 1. Januar 2018 auf 28 254 und per 1. Januar 2019 auf 35 734¹¹.

Ziel dieser Listen ist es, den Druck auf Versicherte, die zwar zahlungsfähig, aber zahlungsunwillig sind, zu erhöhen. Die bisher vorliegenden Auswertungen deuten jedoch nicht darauf hin, dass dieses Ziel erreicht wird (siehe auch Tabelle 1).

Im Auftrag der SGK-S prüfte das BAG, ob ein Zusammenhang zwischen der Höhe der Ausstände und der Führung einer Liste säumiger Prämienzahler besteht. Insbesondere prüfte es, ob die Kantone, die eine Liste (ein)führen, weniger für Ausstände bezahlen. Dazu verglich es die Zahlungen für Ausstände der Kantone mit Listen mit denjenigen der Kantone ohne Listen. Dabei musste es berücksichtigen, dass die Kantone ihre Listen zu unterschiedlichen Zeitpunkten eingeführt haben. Es verglich deshalb die durchschnittliche prozentuale Zunahme der Ausstände über verschiedene Jahre (2009-2017; 2012-2017; 2014-2017, 2015-2017). Das BAG kam zum Schluss, dass die Zunahme für diese Zeitspannen über alle Kantone mit Listen höher als über alle Kantone ohne Liste gewesen sei. Ein Zusammenhang zwischen den Listen und den Ausständen könne somit nicht belegt werden.

Zu einem ähnlichen Schluss war im Jahr 2015 bereits der Kanton Zürich gekommen, der auf die Einführung einer Liste von säumigen Prämienzahlenden verzichtete. Er stützte seinen definitiven Entscheid auf eine Studie¹² des Basler Büros B, S, S. vom Oktober 2015 ab. Wie die Zürcher Gesundheitsdirektion mitteilte¹³, waren die Unterschiede in der Entwicklung des Zahlungsverhaltens zwischen Kantonen mit Liste und Kantonen ohne Liste statistisch nicht signifikant. Je nach Auswertung – zum Beispiel, welcher Krankenversicherer betrachtet wurde – wiesen Kantone ohne Liste teilweise sogar die bessere Entwicklung der Zahlungsmoral auf als Kantone mit Liste. Aufgrund ihrer Analyse zögen die Verfasser der Studie den Schluss, es sei unbestritten, dass das Führen einer Liste der säumigen Prämienzahlerinnen und -zahler mit Kosten verbunden sei. Ein Nutzen könne dagegen nicht belegt werden.

¹⁰ Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, Tabelle 7.11, BAG, 2017

¹¹ Quelle: Sasis AG

¹² B, S, S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, Untersuchung über die Entwicklung der nichtbezahlten Krankenkassenprämien im Kanton Zürich, Schlussbericht, Basel, 14. Oktober 2015

¹³ Medienmitteilung der Zürcher Gesundheitsdirektion vom 7. Dezember 2015, «Liste säumiger Prämienzahler: Nutzen kann nicht belegt werden»

Am 1. Januar 2020 führten sieben Kantone eine solche Liste: AG, LU, SG, SH, TG, TI und ZG. Sie hatten sie wie folgt eingeführt:

- seit 2007: TG;
- seit 2012: LU, SH, TI und ZG;
- seit 2014: AG;
- seit 2015: SG.

Während mehreren Jahren führten auch die Kantone Graubünden (2014-2018) und Solothurn (2012-2019) eine solche Liste.

Überzeugter Verfechter der Liste ist der Kanton Thurgau. Er verbindet die Liste mit einem Case Management der Gemeinden. Auf diese Weise werde sichergestellt, dass mit allen Personen, die auf die Liste gesetzt würden, umgehend Kontakt aufgenommen und ein intensiver, individueller Betreuungsprozess gestartet werde¹⁴. So könnten Ausstellungen von Verlustscheinen und damit langjährige Verschuldungen verhindert werden. Der Kanton Thurgau ist der einzige Kanton, der grundsätzlich auch Minderjährige auf die Liste aufnimmt. Die damit einhergehenden Zugangsbeschränkungen zu medizinischen Leistungen bei Kindern stünden im Konflikt zur Kinderrechtskonvention, kritisierte der Bundesrat am 16. September 2019 in der Fragestunde des Nationalrates¹⁵. Der Thurgauer Regierungsrat widersprach, Ziel sei es, gerade auch Minderjährige, für welche die Krankenkassenprämien nicht mehr bezahlt würden, frühzeitig zu erkennen und Massnahmen zu ergreifen, welche die Leistungsdeckung durch die Krankenversicherung wiederherstellten.¹⁶

Der damalige Tessiner Gesundheits- und Sozialdirektor Paolo Beltraminelli legte im Februar 2018 ebenfalls dar, dass sich die im Tessin umgesetzte Lösung – auch dank der ausgezeichneten Zusammenarbeit mit den Gemeinden – als zweckmässig erwiesen habe, dies sowohl in präventiver Hinsicht als auch bezüglich der Verhängung von Sanktionen. Sie erlaube zu unterscheiden zwischen jenen Versicherten, die nicht bezahlen wollten, und jenen, die nicht bezahlen könnten, und letztere enger zu begleiten.¹⁷ Beltraminelli stützte seine Beurteilung unter anderem ab auf eine Studie¹⁸ der Fachhochschule der italienischen Schweiz (SUPSI) über das Profil der Versicherten, die ihre Prämien nicht bezahlt hatten.

In anderen Kantonen wurde die Opportunität der Liste aufgrund von parlamentarischen Vorstössen diskutiert und dabei bejaht. So lehnte der Luzerner Kantonsrat im

¹⁴ Regierungsmitteilung vom 27. September 2019, «Verzicht auf Anpassung der Verordnung zum Krankenversicherungsgesetz»

¹⁵ 19.5420 Fra. Graf-Litscher. Kinder auf schwarzer Liste säumiger Prämienzahler leiden wegen Zahlungsproblemen der Eltern

¹⁶ Regierungsmitteilung vom 27. September 2019, «Verzicht auf Anpassung der Verordnung zum Krankenversicherungsgesetz»

¹⁷ Assicurati sospesi dalle prestazioni LAMal: Analisi qualitativa, Conferenza stampa, Bellinzona, 8 febbraio 2018, Dipartimento della sanità e della socialità

¹⁸ Maurizio Bigotta, Anna Bracci, Spartaco Greppi, Assicurati sospesi dalle prestazioni LAMal: profilo e fattori di rischio, Ricerca fatta su richiesta dell'Istituto delle assicurazioni sociali, Rapporto finale, gennaio 2018

Oktober 2018 ein Postulat ab, das die Aufhebung der schwarzen Liste verlangte.¹⁹ Der St. Galler Kantonsrat trat im November 2018 ebenfalls nicht auf eine Motion ein, welche die Abschaffung der schwarzen Liste forderte.²⁰

Der Regierungsrat des Kantons Aargau kündigte im August 2018 eine Evaluation der Liste der säumigen Versicherten an; für eine abschliessende Kosten-Nutzen-Beurteilung sei es zu früh, da die Wirkung neuer Begleitmassnahmen abgewartet werden müsse.²¹ Der Schaffhauser Regierungsrat stellte am 15. Mai 2018 in Aussicht, dass er die Frage einer Abschaffung oder modifizierten Weiterführung der Liste der säumigen Zahler prüfen werde.²² Der Zuger Gesundheitsdirektor sprach sich im Dezember 2018 namens des Regierungsrats vor dem Kantonsrat dafür aus, vorerst die Entwicklungen auf eidgenössischer Ebene abzuwarten; dann könnte man das Thema bei Bedarf wieder aufnehmen.²³

Andere Kantone kamen wieder von der Liste ab. Der Kanton Graubünden hob seine Liste per 1. August 2018 auf. Der Regierungsrat begründete diesen Schritt mit folgenden Argumenten: Es sei festgestellt worden, dass die Liste der säumigen Prämienzahler – wie in anderen Kantonen auch – nicht die gewünschte Wirkung erzielt habe. Die Mehrheit der Krankenversicherer unterlasse eine Meldung der Fortsetzung der Beteiligungen an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden, was dazu führe, dass die säumigen Prämienzahler keinen Eingang in die schwarze Liste fänden. Der erwünschte Druck, der Prämienpflicht fristgerecht nachzukommen, bleibe damit weitgehend aus, da die säumigen Prämienzahler entsprechend auch nicht sanktioniert werden könnten. Das nicht einheitliche Verhalten der Krankenkassen führe im Gegenteil zu einer Ungleichbehandlung der säumigen Prämienzahler.²⁴

Der Solothurner Kantonsrat beschloss am 11. September 2019, die Liste per Ende 2019 aufzuheben. Er setzte damit im Einverständnis mit der Regierung einen Beschluss aus dem Jahr 2018 um. Der Regierungsrat war damals zum Schluss gekommen, die Liste gefährde die medizinische Grundversorgung von wirtschaftlich und sozial schwachen Bevölkerungsgruppen. Die Erfahrungswerte gäben keine Hinweise

¹⁹ Kantonsratsprotokoll vom 23. Oktober 2018 zum Postulat Zemp Baumgartner Yvonne und Mit. über die Aufhebung der schwarzen Liste für säumige Prämienzahlerinnen und -zahler / Gesundheits- und Sozialdepartement (P 573)

²⁰ Kanton St. Gallen, Kantonsrat, aus der Novembersession 2018, zur Motion «Schwarze Liste abschaffen» (42.18.11)

²¹ Stellungnahme des Regierungsrats des Kantons Aargau vom 15. August 2018 zur Motion der SP-Fraktion (Sprecherin Gabriela Suter, Aarau) vom 15. Mai 2018 betreffend Abschaffung der schwarzen Liste von säumigen Krankenkassenprämienzahlenden (18.96; Ablehnung beziehungsweise Entgegennahme als Postulat).

²² Antwort des Schaffhauser Regierungsrats vom 15. Mai 2018 auf die Kleine Anfrage 2018/5 betreffend «Streichung der schwarzen Liste für säumige Prämienzahler»

²³ Protokoll des Kantonsrats vom 13. Dezember 2018 zur Interpellation der SP-Fraktion betreffend Nutzen/Schaden der «Schwarzen Liste» für Personen, welche ihre Krankenkassenprämien/ -leistungen nicht bezahlen

²⁴ Regierungsmitteilung vom 21. Juni 2018, siehe auch: <https://www.gr.ch/DE/Medien/Mitteilungen/MMStaka/2018/Seiten/2018062101.aspx>

dazu, dass die Liste die Zahlungsmoral tatsächlich verbessere. Ebenso könne nicht gezeigt werden, dass Aufwand und Ertrag sich zumindest ausgleichen würden.²⁵

In ihrer Stellungnahme vom 24. Februar 2020 empfiehlt die Zentrale Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), auf das Führen von Listen säumiger Prämienzahlender zu verzichten. Ein Leistungsaufschub, insbesondere bei Minderjährigen, sei nicht vereinbar mit den Prinzipien der Fürsorge und Gerechtigkeit. Zudem stelle ein Leistungsaufschub nicht nur eine gesundheitliche Gefahr für die betroffene Person dar, sondern bei übertragbaren Krankheiten auch für die öffentliche Gesundheit. Kantonal unterschiedliche Auslegungen des Begriffes der Notfallbehandlung seien aus ethischer und rechtlicher Sicht stossend. Schliesslich seien zweckmässigere Instrumente zu prüfen, um zahlungsunwillige Personen zu sanktionieren und zahlungsunfähige Personen früh zu erkennen und zu unterstützen.²⁶

Anlässlich der Coronavirus-Pandemie hat der Bundesrat während der «ausserordentlichen Lage» gemäss Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz)²⁷ eine Lockerung der Bedingungen für die Kostenübernahme von Leistungen und zeitweilig für die Mahn- sowie Betreibungsverfahren beschlossen. Weiter bat das BAG die betreffenden Kantone, während der ausserordentlichen Lage auf die Anwendung der Liste säumiger Prämienzahlender zu verzichten und damit die betroffenen Personen vom Leistungsaufschub zu befreien.²⁸

2.2.2 Zum Begriff «Notfallbehandlungen»

Für Versicherte, die auf einer kantonalen Liste figurieren, übernehmen die Versicherer nur die Kosten von Notfallbehandlungen und schieben die Übernahme von Kosten anderer Leistungen auf. Über die Frage, wie der Begriff «Notfallbehandlungen» auszulegen sei, hatte das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen im Fall einer Geburt zu entscheiden. Der Versicherer stellte sich auf den Standpunkt, der in Artikel 64a Absatz 7 KVG erwähnte Notfallbegriff sei zwingend restriktiv auszulegen; der Notfallbegriff sei bei planbaren oder schon weit vorab absehbaren Behandlungen (beispielsweise einer Entbindung) klar nicht erfüllt. Das Gericht kam hingegen zum Schluss, der medizinische Notfallbegriff sei zu eng gefasst. Vielmehr erscheine es sachgerecht, in Fällen, in denen Medizinalpersonen eine Beistandspflicht zukomme, von einer Notfallbehandlung im Sinne von Artikel 64a Absatz 7 KVG auszugehen. Die Beistandspflicht verlange von Medizinalpersonen eine Hilfeleistung in «dringenden» Fällen. Dringend sei ein Fall auch dann, wenn zwar keine Lebensgefahr bestehe, die betroffene Person aber umgehend Hilfe brauche, weil ihre Gesundheit ansonsten ernsthaft beeinträchtigt werden könnte. Der stationäre Auf-

²⁵ Stellungnahme des Regierungsrates vom 27. Februar 2018 zum Auftrag überparteilich: Abschaffung der schwarzen Liste säumiger Prämienzahlender [Nr. 2018/263; KR.Nr. A 0209/2017 (DDI)]

²⁶ Zentrale Ethikkommission der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften, «‘Schwarze Listen’ - Leistungssperren medizinischer Versorgung aufgrund nicht bezahlter Prämien und Kostenbeteiligung», 24. Februar 2020

²⁷ SR 818.101

²⁸ Informationsschreiben «Anpassungen während der Zeit der ausserordentlichen Lage» des BAG vom 26. März 2020 an die Kantonsregierungen, die KVG-Versicherer und die Revisionsstellen

enthalt zur Entbindung sei im Zeitpunkt des Spitaleintritts notwendig und unaufschiebbar gewesen. Im Übrigen wies das Gericht darauf hin, es würde gegen das verfassungsrechtlich verankerte Gleichbehandlungsgebot verstossen, wenn jeder Kanton – oder sogar jeder Leistungserbringer – den Begriff der Notfallbehandlung unterschiedlich auslegen würde.

Vor dem Hintergrund eines Todesfalls im Kanton Graubünden (siehe auch Ziff.1.1) hielt die Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG) in einer Stellungnahme vom 13. August 2018 fest, die Therapie mit antiretroviralen Medikamenten und die entsprechenden medizinischen Begleitmassnahmen fielen bei allen Menschen mit HIV unter den Begriff der Notfallbehandlung im Sinne von Artikel 64a Absatz 7 KVG. Versicherer sollten die Kostenübernahme für diese Leistungen nicht aufschieben.²⁹

2.3 Zahl der Betreibungen

Die Zahl der von den Krankenversicherern eingeleiteten Betreibungen ist wesentlich höher als die Zahl der resultierenden Verlustscheine. Im Jahr 2018 haben die Versicherer rund 421 000 Versicherte betrieben, wobei die Forderung durchschnittlich gut 2100 Franken je Betreibung betrug.³⁰ In dieser Statistik wird angegeben, dass zwischen der Einleitung eines Betreibungsverfahrens und der Ausstellung eines Verlustscheins durchschnittlich fast zwei Jahre verstreichen. Rund zwei Drittel der Prämienausstände werden in diesem Zeitraum beglichen. In den restlichen Fällen übernehmen die Kantone 85 Prozent der Forderungen, für die ein Verlustschein ausgestellt wurde. Die Daten sind teilweise unvollständig, weil nicht alle Versicherer vollständige Angaben geliefert haben.

Die Stadtammann- und Betreibungsämter der Stadt Zürich schätzen, dass die Krankenversicherer landesweit zwischen 700 000 und 1 Millionen Betreibungen pro Jahr einleiten. Dabei setzten sie häufig nur eine, zwei oder drei Monatsprämien in Betreibung, was oftmals die Kosten unnötig in die Höhe treibe. Denn neben den ausstehenden Prämien machten die Krankenversicherer jeweils einen Verzugschaden für die entstandenen Umtriebe geltend. Zudem entstünden pro Betreibung rasch einmal Kosten von 150 bis 200 Franken, welche die Betreibungsämter den Krankenversicherern in Rechnung stellen müssten. Die Stadtammann- und Betreibungsämter der Stadt Zürich schlugen deshalb an einer Medienkonferenz vom Mai 2019³¹ vor, dass Krankenversicherer gegen säumige Prämienzahler nur noch ein- oder höchstens zweimal pro Jahr eine Betreibung einleiten können.

2.4 Abtretungsvereinbarungen zwischen Kantonen und Versicherern

Die vom Kanton Thurgau mit seiner Standesinitiative angestrebte Möglichkeit einer Abtretung der Verlustscheine von den Versicherern an den Kanton wurde in der

²⁹ Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG), «Die HIV-Therapie: eine Notfallbehandlung im Sinne von Artikel 64a Absatz 7 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung», 13. August 2018

³⁰ Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, BAG, 2018, Tabelle 7.11.

³¹ Konferenz der Stadtammänner von Zürich, Medienorientierung über das Geschäftsjahr 2018, Mai 2019, Kapitel «Neue Wege zur Senkung der Zahl der Krankenkassen-Betreibungen»

Praxis bereits getestet. Santésuisse hat mit den Kantonen Neuenburg und Basel-Landschaft einen Vertrag abgeschlossen, wonach die Versicherer, die diesem Vertrag beitreten, ihre Verlustscheine zu 92 Prozent der auf dem Verlustschein ausgewiesenen Forderung an den Kanton abtreten.

Anfangs 2016 schrieb Santésuisse in ihrer Zeitschrift, dass diese Abtretung verschiedene Vorteile habe: der Kanton habe Zugriff auf die Steuerdaten einer Person und könne Forderungen damit effizient eintreiben. Beim Versicherer seien die Zahlungsausstände der versicherten Person getilgt, so dass die versicherte Person ihren Versicherer wieder wechseln könne³².

Der Kanton Basel-Landschaft kündigte den Vertrag mit Santésuisse auf den 31. Dezember 2017. Er übernahm somit ab 2018 keine Verlustscheine mehr von den Krankenversicherern, um sie selber zu bewirtschaften. Er veröffentlichte keine Zahlen dazu, teilte aber mit, dass er mit dem kantonseigenen Inkasso keinen ausreichenden Ertrag generiert habe.

Der Vertrag mit dem Kanton Neuenburg ist weiterhin in Kraft. 27 Versicherer sind ihm beigetreten, die fast einen Drittel der Versicherten des Kantons versichern. Bisher wurden keine Zahlen zu den Rückerstattungen bekanntgegeben oder veröffentlicht. Die Verantwortlichen gehen davon aus, dass es für eine Bilanz zu früh ist. Sie sehen den unmittelbaren Vorteil der Abtretung dieser Forderungen aber darin, dass die Versicherten den Versicherer wieder wechseln können. Mit einem Versicherer, der nicht Mitglied von Santésuisse ist, haben sie einen ähnlichen Vertrag aber mit anderen Bedingungen abgeschlossen: der Abtretungsansatz wird nach Alter des Verlustscheins abgestuft.

2.5 Erledigung parlamentarischer Vorstösse

Der Entwurf erfüllt den Auftrag, den der National- und der Ständerat mit den beiden materiell identischen Motionen Mo. Nationalrat (Heim). Krankenkassenprämien. Eltern bleiben Schuldner der nichtbezahlten Prämien der Kinder (17.3323) und Mo. Nationalrat (Brand). KVG. Unterhaltspflichtige Eltern schulden nichtbezahlte Kinderprämien (18.4176) erteilt haben³³. Die beiden Motionen können deshalb abgeschrieben werden.

3 Grundzüge der Vorlage

Mit ihrem Erlassentwurf will die Kommission das Verfahren bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen umfassend verbessern. Sie strebt dabei eine Lösung an, die den Anliegen der Kantone, der Versicherten, der Versicherer und der Leistungserbringer ausgewogen Rechnung trägt. Sie schlägt im Wesentlichen folgende Änderungen vor:

- *Minderjährige schulden keine Prämien und Kostenbeteiligungen mehr:* Damit minderjährige Versicherte die Prämien nicht selber schulden, sollen sie von der Inhaberin oder vom Inhaber der elterlichen Sorge oder vom Vor-

³² Infosantésuisse 1/2016, S. 12

³³ Siehe auch Ziff. 1.2

mund versichert werden (Art. 3 E-KVG). Ausschliesslich ihre Eltern sollen für ihre Prämien und Kostenbeteiligungen haften. Somit kann der Versicherer das Kind nicht für Prämien, die während seiner Minderjährigkeit anfallen, belangen. Dies gilt auch, wenn es volljährig wird (Art. 61a und 64 Abs. 1bis E-KVG).

- *Betreibungen*: Die Krankenversicherer sollen die säumigen Versicherten höchstens viermal pro Jahr betreiben dürfen. Damit können sie beispielsweise einmal pro Quartal betreiben. So lassen sich übermässiger administrativer Aufwand und die damit verbundenen Kosten vermeiden, ohne dass das Inkasso der Versicherer über Gebühr eingeschränkt wird (64a Abs. 2 E-KVG).
- *Kein Leistungsaufschub für säumige Prämienzahler*: Die Kantone sollen keine Listen säumiger Prämienzahler mehr führen, denen nur Notfallbehandlungen von den Versicherern vergütet werden. In der Praxis konnte nicht nachgewiesen werden, dass dank dieser Listen die Zahlungsmoral von zahlungsfähigen, aber zahlungsunwilligen Versicherten hätte verbessert werden können. Hingegen erwies sich das Risiko als real, dass die medizinische Grundversorgung von wirtschaftlich und sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen – und sogar von Kindern — gefährdet werden könnte (Art. 64a Abs. 7 KVG).
- *Wer trotz Betreuung nicht zahlt, soll in einer besonderen Versicherungsform versichert werden*: Sobald der Versicherer dem Kanton bekannt gegeben hat, dass ihm für eine versicherte Person ein Verlustschein ausgestellt wurde, muss er diese in eine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (Art. 41 Abs. 4 KVG) einteilen. Bei diesen Versicherungen kann die Prämie bis zu 20 Prozent tiefer ausfallen als bei einer Versicherung mit freier Arzt- und Spitalwahl. Die bekanntesten dieser Versicherungen sind die Hausarzt- und die HMO³⁴-Versicherung. Da die gesetzlichen Pflichtleistungen in jedem Fall versichert sind, lassen sich so die Kosten für säumige Prämienzahler senken, ohne dass deren Gesundheitsversorgung gefährdet würde (Art. 64a Abs. 7 E-KVG).
- *Verlustscheine*: Kantone, welche die Verlustscheine selber bewirtschaften wollen, sollen diese Möglichkeit von Gesetzes wegen erhalten. Sie müssen also nicht mehr mit einzelnen Versicherern oder Verbänden von Versicherern entsprechende Verhandlungen führen. Übernimmt der Kanton 90 Prozent der ausgewiesenen Forderungen, tritt ihm der Versicherer diese ab. Hat der Kanton dem Versicherer unter dem geltenden Recht bereits 85 Prozent bezahlt bei Vorliegen eines Verlustscheins, kann er sich diesen abtreten lassen, wenn er weitere 3 Prozent der Forderungen übernimmt (Art. 64a Abs. 4 und 5 sowie Übergangsbestimmung E-KVG). Wenn der Kanton den Verlustschein zu 90 oder zu 88 Prozent übernimmt, kann die versicherte Person den Versicherer und die Versicherungsform wieder wechseln.

³⁴ HMO = Health Maintenance Organization: Organisation von Ärztinnen und Ärzten, die sich in einer Gruppenpraxis organisieren.

3.1 Minderheitsantrag

Eine Minderheit (Häberli-Koller, Bischof, Kuprecht, Müller Damian) will jenen Kantonen, die dies wünschen, die Möglichkeit belassen, Listen säumiger Prämienzahlender zu führen (Art. 64a Abs. 7 KVG). Dies ermögliche den kantonalen und kommunalen Behörden, säumige Prämienzahlende individuell zu betreuen und zu verhindern, dass sich diese für lange Zeit verschuldeten. Die Versicherer schieben für diese Versicherten die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf. Da der Begriff der Notfallbehandlung zu Auslegungsschwierigkeiten geführt hat, beantragt die Minderheit, ihn im KVG zu definieren. Demnach liegt eine Notfallbehandlung vor, wenn die versicherte Person ohne sofortige Behandlung gesundheitliche Schäden oder den Tod befürchten muss oder die Gesundheit anderer Personen gefährden kann.

4 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

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

Heute muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz innerhalb von drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrer gesetzlichen Vertreterin oder ihrem gesetzlichen Vertreter versichern lassen. Damit schliesst diese oder dieser die Versicherung im Namen der vertretenen Person ab, womit diese Prämien und Kostenbeteiligungen schuldet.

Für volljährige Personen bleibt diese Regelung bestehen. Volljährig ist, wer das 18. Lebensjahr zurückgelegt hat (Art. 14 Schweizerisches Zivilgesetzbuch, ZGB³⁵). Volljährige Personen die wegen geistiger Behinderung oder psychischer Störung urteilsunfähig sind, werden weiterhin von ihrer gesetzlichen Vertreterin oder ihrem gesetzlichen Vertreter versichert. Sie schulden weiterhin ihre Prämien und Kostenbeteiligungen.

Minderjährige Personen hingegen sollen von der Inhaberin oder vom Inhaber der elterlichen Sorge oder vom Vormund in deren Namen versichert werden. Damit sollen sie selber keine Prämien oder Kostenbeteiligungen mehr schulden.

Die Unterhaltspflicht der Eltern dauert bis zur Volljährigkeit des Kindes. Hat es dann noch keine angemessene Ausbildung, so haben die Eltern, soweit es ihnen nach den gesamten Umständen zugemutet werden darf, für seinen Unterhalt aufzukommen, bis eine entsprechende Ausbildung ordentlicherweise abgeschlossen werden kann (Art. 277 Abs. 1 und 2 ZGB).

Die neue Regelung erfasst alle Minderjährigen. Wenn das Kind volljährig wird, muss es sich selber versichern und schuldet seine Prämien und Kostenbeteiligungen. Wenn es noch in Ausbildung nach Artikel 277 Absatz 2 ZGB ist, können seine Prämien und Kostenbeteiligungen zu seinem Unterhalt gehören, den es bei seinen Eltern geltend machen kann. Diesbezüglich bleibt die bisherige Regelung unverändert.

³⁵ SR 210

Im KVG gelten Versicherte, die am 31. Dezember des betreffenden Jahres unter 19 Jahre alt sind, als Kinder (Art. 16 Abs. 5 KVG). Dieser Begriff ist insofern sinnvoll, als die Versicherten den Versicherer und die besondere Versicherungsform in der Regel auf das Ende des Kalenderjahres wechseln können. Für die neue Regelung wird jedoch nicht auf diesen Begriff abgestellt, da er auch Versicherte umfasst, die volljährig sind. Die neue Regelung wird auf die Minderjährigen beschränkt.

Art. 5 Abs. 2

Heute muss eine versicherungspflichtige Person, die sich unentschuldbar verspätet versichert, grundsätzlich einen Beitragszuschlag bezahlen (Art. 5 Abs. 2 KVG). Für Kinder sollen die Eltern oder der Elternteil, der die Prämien schuldet, für diesen Zuschlag haften. Ein Vormund, der ein Kind betreut, wird es in der Regel rechtzeitig oder entschuldbar verspätet versichern, so dass kein Zuschlag erhoben wird. Andernfalls soll der Vormund den Zuschlag bezahlen.

Art. 61a

Heute schulden das minderjährige Kind und seine Eltern die Prämien. Die Eltern schulden sie, weil sie zum Unterhalt des Kindes gehören. Sie haften dafür solidarisch. Solidarisch heisst, dass der Versicherer seine ganze Forderung beliebig beim Kind oder bei einem der Eltern geltend machen kann. Wenn der Versicherer das Kind betreibt, wird es durch seine gesetzliche Vertreterin oder seinen gesetzlichen Vertreter vertreten.

Neu wird ausdrücklich festgehalten, dass die Prämien für das Kind bis zum Ende des Monats, in dem es volljährig wird, ausschliesslich von seinen Eltern solidarisch geschuldet sind. Das heisst, dass der Versicherer seine ganze Forderung beliebig bei einem der Eltern geltend machen kann. Dieser Elternteil kann allenfalls den anderen belangen. Da die Prämien in der Regel monatlich erhoben werden (Art. 90 KVV), wird auf das Ende des Monats abgestellt. Somit kann der Versicherer das Kind nicht für Prämien, die während seiner Minderjährigkeit anfallen, belangen. Dies gilt auch, wenn es volljährig wird.

Die Eltern haften grundsätzlich solidarisch, unabhängig davon, ob sie einen gemeinsamen Haushalt führen oder verheiratet sind. Ein Elternteil kann jedoch nachweisen, dass er nach einem Unterhaltsvertrag oder einem Gerichtsentscheid verpflichtet ist, Unterhaltsbeiträge zu bezahlen, welche die Prämien umfassen. Dabei muss er auch nachweisen, dass er diese Unterhaltsbeiträge tatsächlich bezahlt. Erbringt er diesen Nachweis, schuldet nur der andere Elternteil die Prämien. Der Versicherer soll grundsätzlich beide Eltern belangen können. Ein Elternteil soll sich von der Haftung nur befreien können, wenn er nachweisen kann, dass er dem andern Elternteil Unterhaltsbeiträge bezahlt und diese für das Bezahlen der Prämien ausreichen. Wenn die Eltern keinen gemeinsamen Haushalt führen, soll der Elternteil, der das Kind betreut, nicht ohne weiteres auch dessen Prämien allein schulden.

Art. 64 Abs. 1^{bis}

Für Kinder wird grundsätzlich keine Franchise erhoben. Der Höchstbetrag des Selbstbehaltes ist halb so hoch wie bei Erwachsenen. Das heisst, er beträgt 350 statt 700 Franken (Art. 64 Abs. 4 KVG und Art. 103 Abs. 2 KVV). Auch Kinder können jedoch eine höhere Franchise wählen. Sie beträgt höchstens 600 Franken im Jahr (Art. 93 Abs. 1 KVV). Kinder bezahlen keinen Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts (Art. 104 Abs. 2 Bst. a KVV).

Heute schulden das Kind und seine Eltern die Kostenbeteiligungen wie die Prämien: Die Eltern schulden sie, weil sie zum Unterhalt des Kindes gehören. Sie haften dafür solidarisch. Wenn der Versicherer das Kind betreibt, wird es durch seine gesetzliche Vertreterin oder seinen gesetzlichen Vertreter vertreten.

Neu sollen die Kostenbeteiligungen nur solidarisch von den Eltern oder vom Eltern- teil, der die Prämien schuldet, geschuldet sein. Wenn ein Elternteil dem Versicherer nachgewiesen hat, dass er keine Prämien schuldet, soll dieser Nachweis auch für die Kostenbeteiligung gelten. Damit für Prämien und Kostenbeteiligungen ein Schuld- ner einheitlich bestimmt ist, wird auch auf das Ende des Monats, in dem das Kind volljährig wird, abgestellt. Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum (Art. 103 Abs. 3 KVV).

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

Ist eine versicherte Person minderjährig, sind die Bestimmungen zum Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen grundsätzlich auf ihre Eltern anzuwenden. Dies gilt auch für Forderungen, die während ihrer Minderjährigkeit entstanden sind und danach weiterhin bestehen. Wenn das Kind volljährig wird, soll es nicht für Forderungen, die seine Eltern während seiner Minderjährigkeit nicht bezahlt haben, belangt werden. Für die ab seiner Volljährigkeit anfallenden Prämien und Kostenbe- teiligungen kann es hingegen wie bisher belangt werden. Dies auch wenn seine Eltern nach Artikel 277 Absatz 2 ZGB weiterhin unterhaltspflichtig sind. Wenn der Versicherer seine Forderung beim jungen Erwachsenen eintreibt, kann dieser seine Eltern belangen, soweit sie unterhaltspflichtig sind.

Abs. 2

Das KVG sieht vor, dass der Versicherer die versicherte Person, die fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht bezahlt, auffordern muss zu bezahlen. Dies nach mindestens einer schriftlichen Mahnung. Dabei muss der Versicherer der versicher- ten Person eine Nachfrist von 30 Tagen einräumen und sie auf die Folgen des Zah- lungsverzuges hinweisen. Bezahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsse nicht innert der gesetzten Frist, so muss der Versicherer die Betreuung anheben (Art. 64a Abs. 1 und 2 KVG).

Wenn der Versicherer die Prämien monatlich oder jeden zweiten Monat betreibt, entstehen mehr Betreuungskosten, als wenn er seltener betreiben würde. Wenn er aber nur ein- oder zweimal jährlich betreiben dürfte, könnte er seine ausstehenden

Forderungen nur verzögert geltend machen. Zudem würde er dadurch hohe Forderungen stellen, die Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen kaum auf einmal bezahlen könnten. Deshalb sollen die Versicherer die versicherte Person neu höchstens vier Mal im Jahr betreiben. Damit können sie ihre Ausstände quartalsweise einfordern.

Das Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG³⁶) erlaubt dem Gläubiger, seinen Schuldner für verschiedene Forderungen beliebig oft zu betreiben. Das Betreibungsamt prüft deshalb nicht, wie oft eine versicherte Person von ihrem Versicherer betrieben wird. Wenn es der versicherten Person einen Zahlungsbefehl zustellt, wird diese Rechtsvorschlag erheben können mit der Begründung, dass sie im laufenden Kalenderjahr bereits vier Mal betrieben wurde. Wenn die versicherte Person Rechtsvorschlag erhebt, kann der Versicherer verfügen und dabei den Rechtsvorschlag aufheben. Wenn die Verfügung rechtskräftig ist, kann er die Betreibung fortsetzen. Die versicherte Person kann jedoch gegen die Verfügung Einsprache erheben mit der Begründung, dass sie im laufenden Kalenderjahr bereits vier Mal betrieben wurde. Gegen den Einspracheentscheid des Versicherers kann sie beim kantonalen Versicherungsgericht mit der gleichen Begründung Beschwerde erheben.

Es ist davon auszugehen, dass die Versicherer aufgrund der neuen Regelung eine versicherte Person grundsätzlich nicht mehr als vier Mal jährlich betreiben werden. Allerdings kann eine versicherte Person, die keine besondere Versicherungsform abgeschlossen hat, den Versicherer auf das Ende des Kalendersemesters wechseln (Art. 7 Abs. 1 KVG). Das heisst, sie kann Ende Juni und Ende Dezember wechseln. Zudem kann sie den Versicherer auch während des Jahres wechseln, wenn sie ihren Wohnsitz ausserhalb seines Tätigkeitsgebietes verlegt oder wenn er die Prämien erhöht (Art. 7 Abs. 2 und 3 KVG). In diesen Fällen kann die versicherte Person die von ihrem neuen Versicherer betrieben wird, geltend machen, dass sie von ihrem bisherigen und ihrem neuen Versicherer insgesamt bereits vier Mal betrieben wurde.

Eine versicherte Person soll auch für die Prämien ihres Kindes höchstens vier Mal je Kalenderjahr betrieben werden. Sie kann sich und ihre Kinder bei verschiedenen Versicherern versichern. Deshalb sollen Versicherer Versicherte mit einem Kind höchstens acht Mal jährlich betreiben können.

Da die Versicherer als Gläubiger die Betreibungskosten vorschliessen müssen und in der Regel 15 Prozent von Verlustscheinforderung tragen, haben sie ein Interesse, möglichst wenig Betreibungskosten zu verursachen.

Heute kann der Kanton verlangen, dass der Versicherer ihm die Schuldnerinnen und Schuldner, die er betreibt, bekannt gibt. Dies erlaubt dem Kanton, ausstehende Forderungen von bestimmten Versicherten (z.B. von Bezüglern von Ergänzungsleistungen oder Sozialhilfe) zu übernehmen. Die Kantone verlangen unterschiedliche Bekanntgaben: etwa die Hälfte der Kantone verlangt, dass der Versicherer ihnen bekannt gibt, wenn er ein Betreibungsbegehren stellt. Einige Kantone verlangen, dass der Versicherer ihnen bekannt gibt, wenn er ein Fortsetzungsbegehren stellen kann, andere wenn er es gestellt hat.

³⁶ SR 281.1

Der Versicherer kann die Eltern auch für die Schulden der minderjährigen Kinder betreiben. Deshalb soll festgehalten werden, dass der Versicherer dem Kanton nicht nur die Schuldnerinnen und Schuldner, die er betreibt, sondern auch die anderen Personen, die von seiner Betreuung betroffen sind, bekanntgibt.

Abs. 4

Heute müssen die Kantone die Verluscheinforderungen zu 85 Prozent übernehmen. Der Versicherer behält jedoch den Verluschein. Das heisst, die Forderungsübernahme durch den Kanton befreit die versicherte Person nicht von ihrer Zahlungspflicht gegenüber dem Versicherer. Sie schuldet ihm weiterhin die ganze Forderung. Wenn sie ihre Schuld ganz oder teilweise begleicht, erstattet der Versicherer dem Kanton 50 Prozent.

Neu werden die bisherigen Absätze 4 und 5 in einem Absatz vereint. Deren Inhalt bleibt fast unverändert. Heute ist vorgesehen, dass die versicherte Person ihre Schuld begleicht. Da diese auch von Angehörigen oder anderen Personen beglichen werden kann, wird neu offengelassen, wer die Schuld begleicht. Dieser Absatz regelt somit neu die Übernahme der Forderungen zu 85 Prozent.

Abs. 5

Dieser Absatz regelt neu die Übernahme der Forderungen zu 90 Prozent.

Die Standesinitiative Thurgau verlangt, dass die Kantone sich die Forderungen gegen Übernahme von 90 Prozent des Betrages übertragen lassen können. Im Kanton Thurgau müssen die Gemeinden die Verluscheinforderungen bezahlen. Wenn sie die Verluscheine übernehmen, können sie die versicherte Person besser betreuen. Insbesondere können sie Zahlungsvereinbarungen mit ihr abschliessen und Ausstände übernehmen. Sie bezeichnen diese Betreuung als Fallführung (case management). Da die Kantone über die Steuerdaten der Versicherten verfügen, können sie besser als die Versicherer beurteilen, bei welchen Versicherten und wann nach dem Ausstellen eines Verluscheins sich eine erneute Betreuung lohnen könnte.

Andere Kantone gehen hingegen davon aus, dass der zusätzliche Aufwand den möglichen Ertrag übersteigen würde. Sie haben weiterhin die Möglichkeit, 85 Prozent zu übernehmen und die Verluscheine den Versicherern zu überlassen.

Kantone, die bereit sind, Forderungen zu 90 Prozent zu übernehmen, sollen den Prozentsatz nicht mit Versicherern aushandeln müssen. Deshalb wird das Anliegen dieser Standesinitiative übernommen. Dabei wird der Wortlaut im Verhältnis zur Initiative vereinfacht: Für die Übertragung einer Forderung mit Gläubigerwechsel wird der juristische Begriff der «Abtretung» der Forderung verwendet.

Der Kanton informiert die versicherte Person, dass er die Forderung übernimmt. Sobald sie informiert ist, kann sie ihre Forderung nur noch beim Kanton begleichen. Wenn der Kanton die Forderung zu 90 Prozent übernimmt, kann die versicherte Person den Versicherer und die Versicherungsform in Abweichung von den Absätzen 6 und 7^{bis} wieder wechseln. Denn durch die Übernahme der Forderung durch den Kanton hat der Versicherer keine offene Forderung mehr gegenüber der versicherten Person. Diese schuldet dem Kanton die ganze Forderung.

Da der Kanton die Verlustscheinforderungen ohnehin zu 85 Prozent vergüten muss, kann es ein Anreiz für ihn sein, 5 Prozent mehr zu bezahlen, damit er die ganze Forderung eintreiben und die versicherte Person zu einem Versicherer mit tieferen Prämien wechseln kann.

Abs. 6

Die säumige versicherte Person kann den Versicherer grundsätzlich nicht wechseln, solange die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betreuungskosten nicht bezahlt sind (Abs. 6). Wenn eine versicherte Person überdurchschnittlich hohe Prämien hat, belastet dieses Wechselverbot sie und, wenn ein Verlustschein ausgestellt wird, den Kanton.

Die Aufhebung des Wechselverbots würde den säumigen Versicherten erlauben, den Versicherer – wie die übrigen Versicherten - halbjährlich oder jährlich zu wechseln (Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG). Wenn aber mehrere Versicherer Ausstände einer versicherten Person bewirtschaften müssen, ist das aufwändiger, als wenn ein Versicherer alle Ausstände bewirtschaftet. Zudem bildet das Wechselverbot für die Versicherten, die ihren Versicherer wechseln wollen, einen Anreiz, ihre Ausstände rechtzeitig zu bezahlen. Deshalb wird das Wechselverbot beibehalten. Es gilt aber neu nur solange, bis dass die Forderungen bezahlt sind. Sie brauchen nicht durch die versicherte Person bezahlt zu sein.

Abs. 7

Dieser Absatz erlaubt den Kantonen, eine Liste säumiger Prämienzahlender zu führen. Wie eingangs erwähnt, können die Listen mit dem Leistungsaufschub die medizinische Grundversorgung von wirtschaftlich und sozial schwachen Bevölkerungsgruppen gefährden. Zudem führen sie dazu, dass Leistungserbringer vor die Wahl gestellt werden, Versicherte, die sie nicht als Notfall behandeln können, abzuweisen oder vorerst unentgeltlich zu behandeln. Wenn die Ausstände nicht bezahlt werden, bleiben die Leistungserbringer auf ungedeckten Forderungen.

Aus diesen Gründen sollen die Kantone nicht mehr befugt sein, solche Listen zu führen. Daher wird die bisherige Regelung aufgehoben.

Abs. 7: Antrag der Minderheit

Die Kantone können Versicherte, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, heute auf einer Liste erfassen. Der Versicherer schiebt die Kostenübernahme für diese Versicherten mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf.

Diese Regelung kann mit allen im Entwurf vorgeschlagenen Änderungen kombiniert werden. Der Entwurf sieht insbesondere vor, dass der Versicherer Versicherte mit Verlustscheinen in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer versichert. Diese Regelung kann auch auf Personen, die auf einer Liste erfasst sind, angewendet werden. Denn auch diese Versicherten müssen ihre Prämien weiterhin bezahlen. So kann es den Kanton entlasten, wenn sie tiefere Prämien bezahlen müssen.

Die Kantone umschreiben den Begriff der Notfallbehandlung heute unterschiedlich:

Für den Kanton Luzern liegt ein Notfall im Sinn von Artikel 64a Absatz 7 KVG vor, wenn ohne sofortige Behandlung erhebliche gesundheitliche Schäden oder der Tod der versicherten Person zu befürchten sind (§ 7 Verordnung vom 22. Mai 2012 zum Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung).

Im Kanton Schaffhausen entscheidet der Leistungserbringer, was als Notfallbehandlung im Sinne von Art. 64a Abs. 7 KVG gilt (§ 24b Verordnung vom 9. Juli 1996 über den Vollzug des Krankenversicherungsgesetzes).

Für den Kanton St. Gallen hat sein Versicherungsgericht mit Urteil vom 26. April 2018 entschieden, dass in Fällen, in denen Medizinalpersonen eine Beistandspflicht zukommt, von einer Notfallbehandlung im Sinne von Art. 64a Abs. 7 KVG auszugehen ist. Der stationäre Aufenthalt zur Entbindung sei im Zeitpunkt des Spitaleintritts notwendig und unaufschiebbar gewesen. Es habe sich somit um eine Notfallbehandlung gehandelt (KSCHG 2017/5).

Am 6. Juli 2018 hat die SGK-N, wie erwähnt, die Motion «Definition des Notfalls» (18.3708) eingereicht. Diese will die Kantone, die Listen säumiger Prämienzahler führen, verpflichten, den Begriff der Notfallbehandlung zu umschreiben. Am 19. September 2018 nahm der Nationalrat die Motion und folgte damit den Anträgen von Kommission und Bundesrat. Für die Versicherer und die Leistungserbringer, die in mehreren Kantonen mit Listen tätig sind, ist es einfacher, wenn der Begriff der Notfallbehandlung für die ganze Schweiz einheitlich umschrieben ist. Deshalb sprach sich die SGK-S am 17. Januar 2019 dafür aus, die Notfallbehandlung auf Ebene Bund zu umschreiben.³⁷ Die Umschreibung soll im Gesetz festgelegt werden. Sie geht von der Umschreibung des Kantons Luzern aus. Dabei wird jedoch nicht vorausgesetzt, dass die gesundheitlichen Schäden erheblich sind. Zudem liegt eine Notfallbehandlung vor, wenn die versicherte Person ohne sofortige Behandlung die Gesundheit anderer Personen gefährden kann. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn zu befürchten ist, dass die versicherte Person eine übertragbare Krankheit verbreitet.

Abs. 7^{bis}

Der Versicherer wird neu verpflichtet, die Versicherten, die er der zuständigen kantonalen Behörde nach Absatz 3 bekannt gegeben hat, in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers zu versichern. Für diese Versicherungen vermindern die Versicherer in der Regel die Prämie (Art. 62 Abs. 1 KVG).

Die Versicherer legen die Ausgestaltung dieser Versicherungen in ihren Versicherungsbedingungen fest. Das BAG unterscheidet in seinem Prämienrechner zwischen Hausarzt-, HMO-Modellen und weiteren Modellen (insbesondere mit vorgängiger telefonischer Beratung). Der Begriff «Modell» ist jedoch nicht definiert und es bestehen keine verbindlichen Kriterien für die Einteilung in die erwähnten Modellkategorien. Die Versicherer entscheiden, in welcher Kategorie ihre Versicherung im Prämienrechner aufgeführt werden soll und wie sie diese bezeichnen.

Der Bundesrat kann Ausnahmen von der Pflicht, die Versicherten mit Verlustscheinen in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers zu

³⁷ Am 3. Juni 2020 lehnte der Ständerat die Motion der SGK-N zur kantonalen Definition des Notfallbegriffes (18.3708) ohne Gegenantrag ab.

versichern, vorsehen und nähere Bestimmungen erlassen. Er kann insbesondere Versicherer, die allgemein oder am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person keine solchen Versicherungen anbieten, ausnehmen. Ebenso kann er die Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen ausnehmen. Ihnen stehen die besonderen Versicherungsformen heute nicht offen (Art. 101a KVV).

Zudem kann er festlegen, ob ein Versicherer, der verschiedene solche Versicherungen anbietet, seine Versicherten mit Verlustscheinen in verschiedenen Versicherungen versichern kann. Weiter kann er festlegen, ob der Versicherer seine Versicherten zwischen diesen Versicherungen wählen und wechseln lassen kann. Ferner kann er den Wechsel der Versicherung regeln.

Weiter kann der Bundesrat den Versicherer verpflichten, die Versicherten über die Umteilung in das Modell und dessen Vorgaben zu informieren. Heute kann der Versicherer eine versicherte Person, welche die Versicherungsbedingungen ihres Modells verletzt, in die ordentliche Versicherung umteilen. Dies wird er für die Versicherten mit Verlustscheinen nicht tun können. Er kann ihnen jedoch Leistungen ganz oder teilweise verweigern, wobei er dies in seinen Versicherungsbedingungen vorsehen muss.

Heute sind bereits rund 70 Prozent aller Versicherten in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers versichert. Wie hoch der Anteil der Versicherten mit Verlustscheinen in diesen Versicherungen ist, ist dem BAG nicht bekannt.

Wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz an einen Wohnort verlegt, an dem ihr Versicherer nicht tätig ist oder, wenn dieser die soziale Krankenversicherung nicht mehr anbietet (Art. 7 Abs. 3 und 4 KVG), kann sie zu einem anderen Versicherer wechseln. Der neue Versicherer muss sie in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers versichern, wenn er eine solche Versicherung an ihrem Wohnort anbietet. Das heisst, der bisherige Versicherer muss dem neuen mitteilen, dass es sich um eine versicherte Person mit Verlustscheinen handelt.

Sind alle Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betreuungskosten bezahlt, kann die versicherte Person auf den nächsten gesetzlichen Termin in die ordentliche Versicherung oder zu einem anderen Versicherer wechseln.

Abs. 7^{ter}

Säumige Versicherte können den Versicherer grundsätzlich nicht wechseln. Zudem sollen Versicherte mit Verlustscheinen neu grundsätzlich in Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers versichert werden. Diese Einschränkungen sollen auch für Kinder gelten, deren Eltern ihre Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betreuungskosten nicht bezahlt haben. Ausgenommen davon sollen die Kinder sein, die das 18. Altersjahr vollendet haben. Sie sollen den Versicherer und die Versicherungsform wechseln können, auch wenn Forderungen für sie ausstehen.

Artikel 4a KVG regelt, dass versicherungspflichtige Familienangehörige mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen beim selben Versicherer zu versichern sind, wie diejenige Person, die in der Schweiz

erwerbstätig ist beziehungsweise die Bezügerin oder Bezüger einer schweizerischen Rente oder einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung ist. Diese Bestimmung wurde unter anderem erlassen, um das Prämieninkasso und die Kostenübernahme für Leistungen bei dieser Personengruppe (EU-Versicherte) zu vereinfachen (Botschaft vom 31. Mai 2000 betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung; BBl 2000 4083, hier 4086). Da diese Argumente auch Gültigkeit haben, wenn ausstehende Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszins und Betreibungskosten bestehen, sollen EU-Versicherte, die das 18. Altersjahr erreichen, den Versicherer auf das Ende des Kalenderjahres nicht wechseln können.

Abs. 7^{quater}

Die Kantone und Versicherer sind verpflichtet, ihre Daten für die Prämienverbilligung nach einem einheitlichen Standard auszutauschen (Art. 65 Abs. 2 KVG). Gestützt auf diese Bestimmung hat der Bundesrat die Durchführung der Prämienverbilligung näher geregelt (Art. 106*b* bis 106*e* KVV). Das Eidgenössische Departement des Innern hat gestützt darauf technische und organisatorische Vorgaben in seiner Verordnung über den Datenaustausch für die Prämienverbilligung (VDPV-EDI³⁸) festgelegt.

Auf Anregung der GDK wird im Vorentwurf vorgesehen, die Kantone und Versicherer zu verpflichten, auch ihre Daten zu den nicht bezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen nach einem einheitlichen elektronischen Standard auszutauschen. Wie für die Prämienverbilligung soll der Bundesrat die Einzelheiten regeln, nachdem er die Kantone und die Versicherer angehört hat. Er hat das Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen in Artikel 105a bis 105m KVV geregelt.

Abs. 8

Da die Datenbekanntgabe der Versicherer an die Kantone neu im Absatz 7^{quater} geregelt wird, wird sie in diesem Absatz nicht mehr erwähnt.

Übergangsbestimmungen

Abs. 1

Heute bewahrt der Versicherer die Verlustscheine bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderung auf (Art. 64*a* Abs. 5 KVG). Der Kanton soll auch bestehende Verlustscheine übernehmen können, ohne den Preis mit dem Versicherer aushandeln zu müssen. Er soll sie zu einem etwas tieferen Preis übernehmen können. Forderungen, von denen er vor dem Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung 85 Prozent übernommen hat, soll er zu 3 Prozent, somit zu insgesamt 88 Prozent, übernehmen können. Auch hier soll der Kanton die versicherte Person über die Abtretung informieren. Wenn der Kanton die Forderung zu 88 Prozent übernimmt, hat der Versicherer keine Forderung mehr gegenüber der versicherten Person. Deshalb kann diese den Versicherer wieder wechseln.

Abs. 2

³⁸ SR 831.102.2

Die neue Regelung zu Prämien und Kostenbeteiligung soll auf die Versicherten anwendbar sein, die beim Inkrafttreten der neuen Regelung minderjährig sind. Sie soll für deren Ausstände gelten, auch wenn diese vor dem Inkrafttreten entstanden sind. Das heisst, dass die Versicherer ab Inkrafttreten keine minderjährigen Versicherten mehr belangen können.

5 Auswirkungen

5.1 Finanzielle und personelle Auswirkungen

Auf den Bund wirkt sich der Vorentwurf weder finanziell noch personell aus.

Auch auf die Kantone hat der Vorentwurf keine personellen Auswirkungen. Er kann aber finanziell entlastend auf sie wirken:

- Wenn die Versicherer höchstens vier Mal jährlich betreiben dürfen, fallen weniger Betreuungskosten an.
- Die Versicherer gewähren für ihre Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers Prämienrabatte. Deshalb muss der Kanton für Versicherte, die in solchen Versicherungen versichert sind, weniger Prämienforderungen übernehmen, als wenn sie in der ordentlichen Versicherung versichert sind. Allerdings ist offen, welcher Anteil der Versicherten mit Verlustscheinen heute in der ordentlichen Versicherung versichert ist.
- Wenn ein Kanton sich Verlustscheinforderungen abtreten lässt, kann er gezielt bei Versicherten Inkassomassnahmen einleiten. Insbesondere kennt er deren finanzielle Lage aufgrund der Steuerdaten.

Die Versicherer werden etwas eingeschränkt, weil sie nur noch eine bestimmte Anzahl Betreibungen einleiten können. Wenn die Listen säumiger Prämienzahlender wegfallen, wird ihr Verwaltungsaufwand kleiner. Dieser kann grösser werden, wenn die Versicherer Versicherte gegen deren Willen in Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers versichern müssen und diese gegen die Versicherungsbedingungen verstossen. Vielleicht sind aber die meisten dieser Versicherten ohnehin bereits in solchen Versicherungen versichert.

Den Leistungserbringern werden die Leistungen grundsätzlich stets vergütet, falls die Kantone keine Listen säumiger Prämienzahlender mehr führen dürfen.

5.2 Andere Auswirkungen

Für die Versicherten wird die Gesundheitsversorgung grundsätzlich stets gewährleistet, falls die Kantone keine Listen mehr führen dürfen und die Versicherer die Kosten der Leistungen damit immer übernehmen.

Weitere Auswirkungen sind nicht ersichtlich.

5.3 Vollzugstauglichkeit

Die Versicherer können die versicherte Person weiterhin jedes Quartal betreiben.

Die Kantone können die Verlustscheinforderungen zu 90 Prozent übernehmen, sie werden nicht dazu verpflichtet.

Der Versicherer versichert die Versicherten, die er der zuständigen kantonalen Behörde nach Artikel 64a Absatz 3 bekannt gegeben hat, in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers. Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Versicherer ihre Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers wie bisher unterschiedlich anbieten und ausgestalten können.

Wenn die Listen aufgehoben werden, entfallen deren Vollzugsschwierigkeiten.

6 Verhältnis zum europäischen Recht

Die Gesetzesänderung muss insbesondere mit dem Abkommen vom 21. Juni 1999³⁹ zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA) und dem Übereinkommen vom 4. Januar 1960⁴⁰ zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) (EFTA-Übereinkommen) vereinbar sein. Anhang II zum FZA und Anhang K Anlage 2 zum EFTA-Übereinkommen führen aus, dass in der Schweiz im Verhältnis zu den EU- oder EFTA-Staaten das europäische Koordinationsrecht der EU betreffend die Systeme der sozialen Sicherheit zum Beispiel die Verordnung (EG) Nr. 883/2004⁴¹ sowie die Verordnung (EG) Nr. 987/2009⁴² anwendbar ist. Dieses Recht bezweckt im Hinblick auf die Garantie der Personenfreizügigkeit keine Harmonisierung der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit. Die Mitgliedstaaten können über die konkrete Ausgestaltung, den persönlichen Geltungsbereich, die Finanzierungsmodalitäten und die Organisation der Systeme der sozialen Sicherheit weitgehend frei bestimmen. Dabei müssen sie jedoch die Koordinationsgrundsätze wie zum Beispiel das Diskriminierungsverbot, die Anrechnung der Versicherungszeiten und die grenzüberschreitende Leistungserbringung beachten, die in der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 und in der entsprechenden Durchführungsverordnung (EG) Nr. 987/2009 geregelt sind. Mit den vorgeschlagenen Regelungen, die das Verfahren bei Nichtbezahlung der Prämien und Kostenbeteiligungen verbessern, wird das europäische Koordinationsrecht für die Sozialversicherungen nicht verletzt. Es sieht dazu keine Bestimmungen vor. Somit ist die Vorlage mit dem europäischen Recht vereinbar.

³⁹ SR 0.142.112.681.

⁴⁰ SR 0.632.31.

⁴¹ Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1. Eine unverbindliche, konsolidierte Fassung dieser Verordnung ist veröffentlicht in SR 0.831.109.268.1.

⁴² Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. L 284 vom 30.10.2009, S. 1. Eine unverbindliche, konsolidierte Fassung dieser Verordnung ist veröffentlicht in SR 0.831.109.268.11.

7 Rechtliche Grundlagen

7.1 Verfassungs- und Gesetzmässigkeit

Die Vorlage beruht auf Artikel 117 BV, der dem Bund eine umfassende Kompetenz in Bezug auf die Organisation der Krankenversicherung erteilt.

7.2 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Der Bundesrat kann Ausführungsbestimmungen zum KVG erlassen (Art. 96 KVG). Der Vorentwurf ermächtigt ihn, die Einzelheiten des Datenaustausches zu den unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen zwischen Kantonen und Versicherern zu regeln.

7.3 Erlassform

Alle wichtigen rechtsetzenden Bestimmungen sind in der Form des Bundesgesetzes zu erlassen (Art. 164 Bundesverfassung, BV). Diesem Erfordernis wird der Erlass des vorliegenden Gesetzes gerecht. Bundesgesetze unterliegen dem fakultativen Referendum (Art. 141 Abs. 1 Bst. a BV). Der Vorentwurf sieht das fakultative Referendum vor.

