MESSAGE N° 241
du Conseil d'Etat au Grand Conseil accompagnant le projet de loi modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie

Nous avons l'honneur de vous soumettre un projet de loi modifiant la loi du 24 novembre 1995 d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie.

Le présent message est structuré selon le plan suivant:

1 Introduction

2 Commentaires des dispositions

3 Autre sujet ayant un rapport avec les contentieux dans le domaine de l'assurance-maladie

4 Incidences financières

5 Répartition des compétences entre l'Etat et les communes

6 Conclusion

1. INTRODUCTION

Ces dernières années, les communes ont été de plus en plus confrontées à des problèmes importants qui découlent du non-paiement de primes et de participations aux coûts en matière d'assurance-maladie obligatoire. Par ailleurs, deux arrêts du Tribunal administratif du canton de Fribourg ont jugé contraires au droit fédéral deux dispositions de la loi du 24 novembre 1995 d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LALAMal).

Préoccupé par ces problèmes, le Conseil d'Etat a mandaté, le 27 août 2002, une commission ad hoc chargée d'élaborer des propositions de modification de la LALAMal. Cette Commission a rendu son rapport le 20 novembre 2003.

Sur la base de ce rapport, un avant-projet de modification de la LALAMal a été élaboré et mis en consultation le 19 juillet 2005. L'avant-projet de loi a été très bien accueilli par les organismes consultés, notamment la disposition sur la prise en charge d'une partie des sommes arriérées par les subventions destinées à la réduction des primes, qui donne suite à l'engagement pris par le Conseil d'Etat dans sa réponse du 7 juin 2005 à la Motion Piller (067.04), prise en considération par le Grand Conseil le 23 juin 2005. Pour ce qui concerne les dispositions traitant de la demeure de l'assuré, les prises de position ont permis de préciser certains points. Ainsi, les communes ont souligné l'importance de l'envoi mensuel d'une liste des sommations. Par contre, la compétence donnée au Conseil d'Etat de rendre obligatoire la convention réglant le contentieux a été refusée par la large majorité des communes et par santésuisse; elle n'est donc plus retenue dans le présent projet de loi. Enfin, les dispositions sur les voies de droit ont suscité des remarques traitées dans les commentaires des dispositions (cf. ad article 4 al. 4 et ad 22, 25, 25a et 25b).

Le présent projet de loi introduit également une disposition concernant les primes et autres frais non couverts dus par les personnes au bénéfice de l'aide sociale. Cette disposition est liée à la modification de l'ordonnance fixant les normes de calcul de l'aide matérielle de la loi sur l'aide sociale, conformément à un autre engagement pris par le Conseil d'Etat dans sa réponse à la Motion Piller.

2. COMMENTAIRES DES DISPOSITIONS

Article 4 al. 2

Pour des raisons systématiques, la phrase réglant le droit au recours est supprimée et reprise au nouvel article 25 al. 1 (chapitre 3 voies de droit).

Article 4 al. 4

Si la commune est responsable du contrôle de l'affiliation (art. 4 al. 1 LALAMal), il lui appartient aussi de transmettre à la Direction de la santé et des affaires sociales (ci-après: la Direction) les demandes d'exception à l'obligation de s'assurer. Ces demandes, concernant essentiellement des travailleurs et étudiants étrangers voulant garder la couverture d'assurance auprès de leur assureur étranger, doivent faire l'objet d'une décision de l'autorité cantonale, conformément au droit fédéral (article 6a al. 3 de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; LAMal).

Le nouvel **article 4 al. 4** concernant le traitement de ces demandes d'exception ne fait que reprendre l'article premier de l'arrêté du 17 février 1997 du Conseil d'Etat relatif au contrôle de l'assurance-maladie et au paiement des primes, afin d'ancrer cette disposition dans une loi au sens formel. Son contenu est pourtant nuancé dans le sens que les communes ne sont plus obligées de munir les demandes d'exception de leur préavis; elles peuvent dorénavant le faire si elles le souhaitent. Pour certaines communes, l'émission d'un véritable préavis exige des connaissances spécifiques qui leur font défaut. Pour sa part, le canton de Fribourg participe activement aux séances du Groupement latin des assurances sociales (GLAS), comprenant les cantons romands, Berne et le Tessin, groupement qui contribue au moyen de recommandations à une uniformisation du traitement des demandes d'exception à l'obligation de s'assurer.

Suivant le souhait d'un nombre important de communes consultées, le nouvel article 25b leur réserve la possibilité de recourir contre une décision de la Direction en application de l'article 4 al. 4, notamment lorsqu'elles estiment que leur préavis aurait dû être suivi.

Article 5a

Pour l'heure, un arrêté du 29 juin 1999 du Conseil d'Etat délègue à la Direction de la santé et des affaires sociales la compétence de fixer la procédure sur la participation financière de l'Etat de Fribourg aux coûts de traitement de ses résidants en cas d'hospitalisation hors canton. Cette Direction a fixé la procédure par l'ordonnance du 13 décembre 2004.

Le nouvel article 5a introduit une base légale au sens formel attribuant à la Direction la compétence en matière d'application de l'article 41 al. 3 LAMal.

Article 6

Selon l'actuel article 6 LALAMal, si, malgré sommation, l'assuré ne paie pas ses primes à cause de sa situation économique, l'assureur introduit une demande de réduction de primes auprès du conseil communal qui l'adresse, avec son préavis, à la Caisse cantonale de compensation AVS. Une jurisprudence du Tribunal administratif a déclaré cette obligation à charge de l'assureur prévue par le

droit cantonal non compatible avec le droit fédéral. Si cette obligation de l'assureur est logiquement supprimée dans le présent projet de loi, il peut être dans l'intérêt de la commune de demander elle-même la réduction de primes en faveur des assurés concernés, ce qui est tout à fait possible et correspond à la pratique actuelle.

Le nouvel **article 6** réglant les obligations des assureurs tient compte du fait que la situation de demeure de l'assuré peut occasionner ultérieurement pour la commune de domicile des charges financières (cf. les articles 7 et 8 ci-après). Il est donc nécessaire que l'assureur s'acquitte des obligations suivantes (**alinéa 1**):

– l'envoi de la sommation à l'assuré, mentionnant la transmission de l'information à ce sujet à la commune;
– l'envoi, chaque mois, de la liste des sommations à la commune. S'agissant de la forme et du contenu de ces listes, il est dans l'intérêt des assureurs comme dans celui des communes qu'elles soient claires et compréhensibles (en mentionnant par exemple le solde des contentieux par assurés et par type de couverture), et qu'elles soient si possible uniformes.

L'envoi de la liste des sommations peut certainement porter une atteinte à la sphère privée des personnes concernées, surtout quand il s'agit d'un simple oubli ou de difficultés momentanées de payer. Toutefois, l'expérience des dernières années a montré que le plus tôt les communes disposent des informations, le mieux elles peuvent intervenir auprès des personnes en difficulté financière. Il est donc justifié par un intérêt public prépondérant de maintenir le flux d'informations actuel qui a fait ses preuves.

L'avant-projet de loi mis en consultation prévoyait une disposition interdisant aux assureurs de compenser, pendant toute la durée de la poursuite, les arriérées de primes et autres avec les prestations d'assurance auxquelles l'assuré a droit. Or, le 9 novembre 2005, avec entrée en vigueur au 1er janvier 2006, le Conseil fédéral a introduit dans l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal) une disposition (l'article 90 al. 6) réglant la compensation et libellée comme il suit: *«Si, dans les trois mois qui suivent la communication à l'instance cantonale compétente, cette dernière n'a pas signifié son accord de prendre en charge les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite, l'assureur peut compenser les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires mis en poursuite ainsi que les frais de poursuite avec les prestations auxquelles l'assuré a droit»*. La compensation étant ainsi réglée par le droit fédéral, elle ne saurait l'être également par le droit cantonal.

Article 7

Les amendements apportés à cette disposition précisent les délais impartis à la commune pour rendre une décision, ainsi que les droits de cette dernière envers l'assuré. Bien entendu, seuls les arriérés correspondant à des périodes de domicile de l'assuré dans la commune concernée sont pris en compte.

A relever toutefois que le Parlement fédéral a entrepris une modification de la LAMal sur la question du traitement du contentieux et introduit, le 18 mars 2005 avec entrée en vigueur au 1er janvier 2006, un nouvel article 64a concernant le non-paiement des primes et des participations aux coûts. Le texte de ce nouvel article prévoit notamment que *«Lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie un rappel écrit et lui impartit un délai de 30 jours en attirant son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas ses paiements dans ce délai (al. 1). Si, malgré le rappel, l'assuré n'a effectué aucun paiement et qu'une réquisition de continuer la poursuite a été déposée dans le cadre de la procédure d'exécution forcée, l'assureur suspend la prise en charge des coûts des prestations jusqu'à ce que les primes ou les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite soient payés intégralement. Simultanément, il informe le service cantonal chargé de veiller au respect de l'obligation de s'assurer que les prestations sont suspendues. Les dispositions cantonales qui prévoient une annonce à une autre autorité sont réservées (al. 2). Dès le paiement intégral des primes ou des participations aux coûts arriérées ainsi que des intérêts moratoires et des frais de poursuite, l'assureur prend à sa charge les prestations fournies pendant la durée de la suspension (al. 3)»*.

Cette nouvelle disposition ne règle «que» le droit de l'assureur de suspendre les prestations et d'en informer la commune. Il faut souligner qu'elle n'oblige pas la commune à se substituer aux assurés pour le paiement des sommes arriérées déjà au moment où elle est informée de la réquisition de continuer la poursuite (cf. Feuille Fédérale 2004 p. 4102). **L'alinéa 1** de l'article 7 maintient donc l'exigence faite aux assureurs de présenter un acte de défaut de biens, afin d'éviter qu'une situation déjà difficilement gérable ne devienne carrément chaotique. Cette manière de procéder est la seule qui permette de garantir que l'assuré concerné est effectivement insolvable, et qu'il ne s'agit pas d'une personne qui est mauvais payeur ou ayant un litige avec l'assureur concernant son droit aux prestations. En plus, l'assuré continue de subir une certaine pression due à la suspension de prestations.

La commune peut bien entendu se substituer aux assurés avant la fin de procédure ou même avant qu'une telle procédure ne soit engagée par l'assureur, notamment dans les cas d'insolvabilité notoire (cf. ad article 9 ci-après).

S'agissant de la remise de l'original de l'acte de défaut de biens (**alinéa 3**), la commune ne peut le demander que si elle a payé la totalité de la créance en question. Si elle ne prend en charge qu'une partie de la créance, elle versera cette somme directement à l'Office de poursuite, qui lui délivrera une attestation, conformément à l'article 150 al. 2 de la loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite et la faillite.

Article 7a

Cette disposition introduit une base légale qui est liée à la modification de l'ordonnance fixant les normes de calcul de l'aide matérielle de la loi sur l'aide sociale. Ainsi, les primes et autres frais non couverts seront considérés comme prestations d'aide sociale pour les bénéficiaires de l'aide sociale. Partant, la charge financière y relative sera répartie entre l'Etat et les communes conformément à la loi sur l'aide sociale (LASoc).

A la différence du régime prévu à l'article 7 al. 1, la prise en charge desdits frais par les services sociaux pourra se faire avant l'introduction d'une procédure de poursuite. En effet, il paraît peu judicieux d'imposer aux assureurs-maladie de systématiquement agir contre les personnes

au bénéfice de l'aide sociale jusqu'à la délivrance d'un acte de défaut de biens.

Article 8

Cette disposition apporte une réponse à la jurisprudence du Tribunal administratif relative à l'insuffisance du délai de quatre mois à compter de l'échéance des primes ou des participations, imparti aux assureurs pour engager une procédure d'encaissement.

Le nouveau délai de 6 mois, délai maximal prévu à **l'alinéa 1**, trouve son origine dans le Protocole d'harmonisation en matière de contentieux dans l'assurance-maladie, élaboré par les cantons de Berne, Tessin, Vaud, Valais, Neuchâtel, Genève et Jura, adopté le 5 juin 2000 par la Conférence Romande des Affaires Sanitaires et Sociales (CRASS) sauf Fribourg. Ce délai n'a pas donné lieu à des problèmes particuliers. Dans cette même perspective d'harmonisation, et suivant les remarques émises en consultation, le délai imparti aux assureurs pour la présentation de l'acte de défaut de biens est fixé à 90 jours.

Constituent par exemple des justes motifs au sens de **l'alinéa 2** le non respect d'un arrangement de paiement non respecté par l'assuré, l'attente de décision de subsides, etc.

A relever enfin que le Conseil fédéral a introduit, par la modification du 9 novembre 2005 mentionnée ci dessus (cf. ad article 6), un nouvel article 90 al. 4 OAMal qui est libellé comme il suit: *«Si l'assuré a trois mois de retard dans le paiement de ses primes mensuelles et qu'il n'a pas donné suite aux sommations qui lui ont été adressées, il doit être mis en poursuite pour la créance arriérée 40 jours au plus tard après la dernière sommation restée sans suite»*. Cet article fixe les conditions de la suspension des prestations d'assurance conformément à l'art. 64a LAMal, tandis que le délai de 6 mois prévu par l'article 8 al. 1 du présent projet de loi établit les conditions de la prise en charge des sommes arriérées par les communes.

Article 8a

Cette disposition introduit une base légale qui permet de porter une partie des sommes arriérées à la charge des communes au compte des montants fédéraux et cantonaux destinées à la réduction des primes, dans les limites autorisées par le droit fédéral. Selon l'interprétation stricte de l'article 65 LAMal par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), les arriérés de primes et les intérêts moratoires y relatifs peuvent seuls être portés au compte des montants versés pour la réduction des primes. Pour le reste, l'OFSP considère qu'il n'est pas admissible de financer les participations aux coûts et les frais de poursuite de cette manière.

En ce qui concerne l'application concrète de cette nouvelle disposition, il y aura encore lieu de préciser différentes questions d'organisation et de procédure (demandes et pièces justificatives, décisions, mouvements de fonds et comptabilisation, etc.). Dans ce contexte, il ne sera pas seulement tenu compte des sommes arriérées prises en charge par les communes suite à un acte de défaut de bien, mais aussi de celles pour lesquelles les communes se sont substituées à l'assuré dans les cas d'insolvabilité notoire (cf. ad article 9).

Article 9

L'article 9 offre la possibilité à une commune ou une association de communes, d'une part, et un assureur ou une association d'assureurs, d'autre part, de passer une convention pour l'application des articles 6 à 8. Cette dernière règle notamment les cas d'insolvabilité notoire.

Conformément au mandat que lui avait confié le Conseil d'Etat, la Commission ad hoc chargée d'élaborer des propositions de modification de la LALAMal s'est beaucoup investie dans l'élaboration d'une convention relative au remboursement du contentieux dans l'assurance-maladie, convention inspirée par le Protocole d'harmonisation en matière de contentieux dans l'assurance-maladie mentionné ci-dessus (ad article 8). Si les négociations entreprises entre santésuisse Fribourg et l'Association des communes fribourgeoises (ACF) ont échoué dans un premier temps, trois importants assureurs LAMal (Visana, Helsana et CCS) et trois grandes communes du canton (Fribourg, Villars-sur-Glâne et Bulle) ont signé, dans le courant de l'été 2005, une convention, qui permet de trouver une solution pour la grande majorité des cas du contentieux.

Articles 22, 25, 25a et 25b

Les dispositions concernant les voies de droit sont adaptées et clarifiées suite aux modifications intervenues au niveau de la législation fédérale (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; LPGA) et du présent projet de loi.

Même si lors de la consultation, certaines communes ont souhaité que le préfet soit aussi autorité de recours en matière de décisions d'affiliations d'office rendues par les communes, le lien étroit entre les décisions d'affiliation d'office et les décisions de dispense de l'obligation d'assurance recommande qu'une seule et même instance cantonale, à savoir la Direction, statue sur les deux domaines de contentieux, comme c'est le cas actuellement.

Droit transitoire

La disposition transitoire précise que seules les créances nées après l'entrée en vigueur du présent projet de loi peuvent être portées au compte des montants fédéraux et cantonaux destinées à la réduction des primes. Les sommes arriérées prises en charge par les communes après cette date, mais qui concernent des primes échues antérieurement n'entrent donc pas en ligne de compte. Le nombre de situations qui correspondent à ce dernier cas de figure, situations notamment dues à un recours pendant, peut varier fortement d'une commune à l'autre. La solution proposée est la seule à garantir l'égalité de traitement entre communes. Au surplus, elle offre le temps nécessaire pour définir l'organisation et la procédure de demande de prise en charge des sommes arriérées par l'ECAS.

S'agissant du nouveau délai de 6 mois imparti aux assureurs pour engager une procédure d'encaissement, il n'est en principe pas applicable aux procédures pendantes à l'entrée en vigueur de la présente loi, en raison de l'interdiction de la rétroactivité (cf. P. Moor, Droit administratif, vol. 1, Berne 1994, chap. 2.5.2.4 et 2.5.3). Il n'y a donc pas lieu de prévoir une quelconque disposition transitoire liée à l'application dans le temps de l'article 8.

Entrée en vigueur

L'entrée en vigueur des articles 7a et 8a sera fixée avec effet rétroactif au 1er janvier 2006. S'agissant de l'article 7a, cet effet rétroactif est lié au souci de coordination avec la modification des normes de calcul de l'aide sociale.

3. AUTRE SUJET AYANT UN RAPPORT AVEC LES CONTENTIEUX DANS LE DOMAINE DE L'ASSURANCE-MALADIE

Afin d'éviter tout abus potentiel de la part des bénéficiaires de prestations complémentaires (PC), il a été proposé lors de la consultation de modifier aussi la loi cantonale sur les prestations complémentaires, en imposant le versement directement à l'assureur-maladie de la part des PC destinée aux primes.

Une telle modification n'est pas envisageable sous l'angle du droit fédéral. Primo, le calcul des PC est réglé par la loi fédérale du 19 mars 1965 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPC). Selon l'article 3b al. 3 let. d de cette loi, la part des PC destinée aux primes de l'assurance obligatoire des soins «doit correspondre au montant de la prime moyenne cantonale pour l'assurance obligatoire des soins (couverture accidents comprise)». Or, ce montant ne correspond pas au montant effectif de la prime individuelle que les bénéficiaires de PC doivent à leur assureur-maladie.

Secundo, selon l'article 20 al. 1 LPGA, «l'assureur (ici: l'Etablissement cantonal des assurances sociales) peut verser tout ou partie des prestations en espèces à un tiers qualifié ou à une autorité ayant une obligation légale ou morale d'entretien à l'égard du bénéficiaire, ou qui l'assiste en permanence lorsque: a. le bénéficiaire n'utilise pas ces prestations pour son entretien ou celui des personnes dont il a la charge, ou s'il est établi qu'il n'est pas en mesure de les utiliser à cet effet, et que b. lui-même ou les personnes dont il a la charge dépendent de ce fait de l'assistance publique ou privée». Or, non seulement les assureurs-maladie n'ont aucune obligation légale ou morale d'entretien à l'égard de leurs assurés, mais de plus, les bénéficiaires de PC ne sont de loin pas tous au bénéfice de l'aide sociale.

A relever que les communes ne sont pas totalement dépourvues dans la lutte contre les abus. En cas d'abus de la part d'une personne bénéficiaire de PC, la commune peut toujours demander le versement de la totalité des PC sur son compte. Elle est alors en mesure de payer les primes et participations dues et de ne verser que le solde à la personne concernée. Ce faisant, elle doit toutefois assumer l'inconvénient du travail administratif supplémentaire y relatif.

4. INCIDENCES FINANCIÈRES

La présente modification de loi apporte un important changement de la répartition de la prise en charge des sommes arriérées dans le domaine de l'assurance-maladie entre les communes et les institutions de l'Etat (cf. chapitre 2, ad articles 7a et 8a).

Selon une estimation de l'Association des communes fribourgeoises (ACF) du 2 mai 2005, le total des sommes arriérées à charge des communes se montait à environ 4 millions de francs pour 2004, les frais médicaux non couverts (en d'autres termes les participations aux coûts) représentant environ 2 millions de francs, dont environ 40% pour les chefs-lieux, respectivement environ 25% pour la Ville de Fribourg, soit 1 million. En tenant compte des frais de poursuite qui ne peuvent être estimés d'une façon suffisamment fiable faute de données différenciées, un montant estimé à moins de 2 millions de francs aurait finalement pu être légalement imputé au budget 2004 des subventions cantonales destinées à la réduction des primes, laissant aux communes une charge financière d'un peu plus de 2 millions. La modification proposée diminuera donc fortement les charges des communes, par ex. d'environ 500 000 francs pour la seule commune de Fribourg.

S'agissant des primes et autres frais non couverts des personnes au bénéfice de l'aide sociale, qui seront dorénavant répartis entre l'Etat et les communes conformément à la LASoc, ils se sont élevés à environ 2 millions de francs (100% à la charge des communes) en 2004, selon l'estimation de l'ACF. En tenant compte de la nouvelle disposition légale (article 7a), cela aurait signifié en 2004 une charge supplémentaire pour l'Etat de 1 million de francs.

5. RÉPARTITION DES COMPÉTENCES ENTRE L'ÉTAT ET LES COMMUNES

La présente loi ne modifie pas la répartition des compétences entre l'Etat et les communes.

6. CONCLUSION

Le Conseil d'Etat invite dès lors le Grand Conseil à adopter le présent projet de révision de la LALAMal.

BOTSCHAFT Nr. 241 des Staatsrats an den Grossen Rat zum Gesetzesentwurf zur Änderung des Ausführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Wir unterbreiten Ihnen hiermit einen Gesetzesentwurf für die Änderung des Ausführungsgesetzes vom 24. November 1995 zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung.

Diese Botschaft gliedert sich wie folgt:

1 Einführung

2 Erläuterung der Bestimmungen

3 Weiteres Thema mit Bezug auf Streitfälle im Bereich der Krankenversicherung

4 Finanzielle Auswirkungen

5 Kompetenzenverteilung zwischen Staat und Gemeinden

6 Antrag

1. EINFÜHRUNG

In den letzten Jahren sahen sich die Gemeinden immer häufiger erheblichen Problemen gegenüber, die sich aus der Nichtzahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen in der obligatorischen Krankenversicherung ergeben. Im

Übrigen lauteten zwei Entscheide des Verwaltungsgerichts des Kantons Freiburg dahin gehend, dass zwei Bestimmungen des Ausführungsgesetzes vom 24. November 1995 zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVGG) gegen das Bundesrecht verstossen.

Angesichts dieser Probleme beauftragte der Staatsrat am 27. August 2002 eine Ad-Hoc-Kommission mit der Erarbeitung von Vorschlägen zur Änderung des KVGG. Diese Kommission gab ihren Bericht am 20. November 2003 ab.

Aufgrund dieses Berichts wurde ein Vorentwurf zur Änderung des KVGG erarbeitet und am 19. Juli 2005 in die Vernehmlassung geschickt. Der Gesetzesvorentwurf wurde von den befragten Organismen sehr positiv aufgenommen, insbesondere die Bestimmung über die Finanzierung von ausstehenden Prämien und Verzugszinsen aus den Subventionen zur Prämienverbilligung, mit welcher der Staatsrat die Verpflichtung einlöst, die er in seiner Antwort vom 7. Juni 2005 auf die am 23. Juni 2005 vom Grossen Rat erheblich erklärte Motion Piller (067.04) eingegangen ist. Des Weiteren konnten aufgrund der Stellungnahmen die Bestimmungen über den Zahlungsverzug des Versicherten präzisiert werden. So haben sich die Gemeinden deutlich für den monatlichen Versand einer Liste mit den Mahnungen ausgesprochen. Hingegen wurde die Befugnis des Staatsrates, die Vereinbarung über streitige Ausstände für obligatorisch zu erklären, von der grossen Mehrheit der Gemeinden und von santésuisse abgelehnt, und deshalb im vorliegenden Gesetzesentwurf fallengelassen. Schliesslich gab es auch Bemerkungen zu den Bestimmungen über den Rechtsweg; auf sie wird im folgenden Kapitel Erläuterung der Bestimmungen eingegangen (s. zu Artikel 4 Abs. 4 und zu den Artikeln 22, 25, 25a und 25b).

Der vorliegende Gesetzesentwurf enthält im Übrigen eine Bestimmung betreffend die Prämien und weiteren nicht gedeckten Kosten, die von Sozialhilfebezügerinnen und -bezügern geschuldet werden. Diese Bestimmung steht im Zusammenhang mit der Änderung der Verordnung über die Richtsätze für die Bemessung der materiellen Hilfe nach dem Sozialhilfegesetz und löst eine weitere Verpflichtung ein, die der Staatsrat in seiner Antwort auf die Motion Piller eingegangen ist.

2. ERLÄUTERUNG DER BESTIMMUNGEN

Artikel 4 Abs. 2

Aus Gründen der Systematik wird der das Beschwerderecht regelnde Satz gestrichen und in den neuen Artikel 25 Abs. 1 aufgenommen (3. Kapitel Rechtsmittel).

Artikel 4 Abs. 4

Da die Gemeinde für die Kontrolle des Versicherungsbeitritts verantwortlich ist (Art. 4 Abs. 1 KVGG), ist es auch an ihr, der Direktion für Gesundheit und Soziales (die Direktion) die Gesuche um Befreiung von der Versicherungspflicht zu übermitteln. Diese Gesuche betreffen im Wesentlichen ausländische ArbeitnehmerInnen und Studierende, welche die Versicherungsdeckung bei ih-rem ausländischen Versicherer beibehalten möchten, und unterliegen nach Bundesrecht dem Entscheid einer kantonalen Behörde (Art. 6a Abs. 3 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung; KVG).

Der neue **Artikel 4 Abs. 4** über die Behandlung der Gesuche um Befreiung von der Versicherungspflicht übernimmt den ersten Artikel der Verordnung des Staatsrats vom 17. Februar 1997 über die Kontrolle der Krankenversicherung und die Zahlung der Prämien, um diese Bestimmung in einem Gesetz im formellen Sinne zu verankern. Eine inhaltliche Nuancierung besteht insofern, als die Gemeinden nicht mehr verpflichtet sind, die Gesuche mit ihrer Stellungnahme zu versehen; sie können dies aber weiterhin tun, wenn sie es wünschen. In der Tat fehlt es bestimmten Gemeinden an den Fachkenntnissen, um eine fundierte Stellungnahme abgeben zu können. Seinerseits wirkt der Kanton Freiburg aktiv an den Sitzungen des Groupement latin des assurances sociales (GLAS) mit, dem die Kantone der Westschweiz, Bern und Tessin angehören; diese Arbeitsgruppe trägt mit ihren Empfehlungen zu einer Vereinheitlichung der Behandlung der Gesuche um Befreiung von der Versicherungspflicht bei.

Gemäss einem in der Konsultation von zahlreichen Gemeinden geäusserten Wunsch behält der neue Artikel 25b den Gemeinden die Möglichkeit vor, einen Entscheid der Direktion in Anwendung von Artikel 4 Abs. 4 mit Beschwerde anzufechten, namentlich wenn sie der Auffassung sind, dass ihrer Stellungnahme hätte Folge geleistet werden müssen.

Artikel 5a

Heute überträgt ein Staatsratsbeschluss vom 29. Juni 1999 der Direktion für Gesundheit und Soziales die Kompetenz, das Verfahren für die finanzielle Beteiligung des Kantons Freiburg an den Behandlungskosten bei einem ausserkantonalen Spitalaufenthalt zu regeln. Die Direktion hat das Verfahren mit Verordnung vom 13. Dezember 2004 festgesetzt.

Der neue Artikel 5a gibt dieser Kompetenz der Direktion in der Anwendung von Artikel 41 Abs. 3 KVG eine formelle gesetzliche Grundlage.

Artikel 6

Nach dem heutigen Artikel 6 KVGG reicht der Versicherer beim Gemeinderat ein Gesuch um Prämienverbilligung ein, wenn die versicherte Person trotz Mahnung ihre Prämien wegen ihrer wirtschaftlichen Lage nicht bezahlt, und der Gemeinderat schickt das Gesuch zusammen mit seiner Stellungnahme an die kantonale AHV-Ausgleichskasse. Nach der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichts ist diese im kantonalen Recht vorgesehene Verpflichtung der Versicherer nicht bundesrechtskonform. Die Verpflichtung des Versicherers wird deshalb durch den vorliegenden Gesetzesentwurf aufgehoben. Das heisst freilich nicht, dass es nicht im Interesse der Gemeinde liegen kann, selber die Prämienverbilligung für die betroffenen Versicherten zu beantragen; ein solches Vorgehen ist durchaus möglich und entspricht der heutigen Praxis.

Der neue die Pflichten der Versicherer regelnde **Artikel 6** trägt der Tatsache Rechnung, dass ein Zahlungsverzug der versicherten Person seiner Wohngemeinde in der Folge Finanzlasten verursachen kann (s. unten zu Art. 7 und 8). Es ist somit notwendig, dass der Versicherer die folgenden Auflagen erfüllt (**Abs. 1**):

– Zustellung der Mahnung an die versicherte Person, mit dem Vermerk, dass die Gemeinde darüber informiert wird;
– monatliche Zustellung der Liste erfolgter Mahnungen an die Gemeinde. Bezüglich Form und Inhalt dieser Listen liegt es im Interesse der Versicherer wie der Ge-

meinden, dass sie klar und verständlich sind (indem zum Beispiel der Saldo der Ausstände nach Versicherten und nach Deckungsart aufgeführt wird), und dass sie sich möglichst einheitlich gestalten.

Die Versendung der Liste erfolgter Mahnungen kann gewiss die Privatsphäre der betroffenen Personen verletzen, vor allem wenn es sich um ein blosses Versäumnis oder um vorübergehende Zahlungsschwierigkeiten gehandelt hat. Die Erfahrung der letzten Jahre hat jedoch gezeigt, dass die Gemeinden umso besser bei Personen in finanziellen Schwierigkeiten intervenieren können, je früher sie über Informationen verfügen. Ein überwiegendes öffentliches Interesse rechtfertigt daher die Beibehaltung des heutigen Informationsflusses, der sich bewährt hat.

Der in die Vernehmlassung geschickte Gesetzesvorentwurf sah eine Bestimmung vor, die es den Versicherern während der ganzen Betreibungsdauer untersagt, ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen mit Versicherungsleistungen zu verrechnen. Nun hat aber der Bundesrat am 9. November 2005 (Inkrafttreten per 1. Januar 2006) in die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) eine Bestimmung aufgenommen (Art. 90 Abs. 6), welche die Verrechnung regelt und wie folgt lautet: *«Liegt bis drei Monate nach Benachrichtigung der zuständigen kantonalen Stelle von dieser keine Zusage für die Übernahme der ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreibungskosten vor, kann der Versicherer die in Betreibung gesetzten Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen sowie die Betreibungskosten mit Leistungsansprüchen der selben versicherten Person verrechnen»*. Nachdem die Verrechnung somit bundesrechtlich geregelt ist, braucht sie nicht auch noch kantonalrechtlich geregelt zu werden.

Artikel 7

Mit den Änderungen an dieser Bestimmung werden die Fristen präzisiert, in denen die Gemeinde ihren Entscheid fällen muss, sowie die Rechte der Gemeinde gegenüber der versicherten Person. Natürlich geht es dabei nur um Zahlungsausstände, die im Zeitraum anfallen, in dem die versicherte Person in der betroffenen Gemeinde Wohnsitz hat.

Anzufügen bleibt, dass das Bundesparlament am 18. März 2005 eine Änderung des KVG beschlossen hat, die am 1. Januar 2006 in Kraft treten wird und einen neuen Artikel 64a über die Nichtzahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen enthält. Dieser neue Artikel sieht namentlich vor: *«Bezahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so hat der Versicherer sie schriftlich zu mahnen, ihr eine Nachfrist von dreissig Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzuges hinzuweisen (Abs. 1). Bezahlt die versicherte Person trotz Mahnung nicht und wurde im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren bereits gestellt, so schiebt der Versicherer die Übernahme der Kosten für die Leistungen auf, bis die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betreibungskosten vollständig bezahlt sind. Gleichzeitig benachrichtigt der Versicherer die für die Einhaltung der Versicherungspflicht zuständige kantonale Stelle über den Leistungsaufschub. Vorbehalten bleiben kantonale Vorschriften über eine Meldung an andere Stellen (Abs. 2). Sind die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betreibungskosten vollständig bezahlt, so hat der Versicherer die Kosten für die Leistungen während der Zeit des Aufschubes zu übernehmen (Abs. 3)»*.

Diese neue Bestimmung des Bundes regelt «nur» das Recht des Versicherers, die Übernahme der Kosten für die Leistungen aufzuschieben und die Gemeinde darüber zu benachrichtigen. Hingegen verpflichtet sie die Gemeinde nicht, anstelle der versicherten Personen die Ausstände schon zu dem Zeitpunkt zu bezahlen, an dem sie über das Fortsetzungsbegehren informiert wird (s. Bundesblatt 2004, S. 4340). Der **Absatz 1** von Artikel 7 behält daher die Forderung bei, wonach die Versicherer einen Verlustschein vorlegen müssen, damit eine schon jetzt schwierig zu handhabende Situation nicht rundweg chaotisch wird. Nur mit diesem Vorgehen kann mit Sicherheit festgestellt werden, dass die betroffene versicherte Person tatsächlich zahlungsunfähig ist, und dass es sich nicht um jemanden mit schlechter Zahlungsmoral handelt, oder um jemanden, der im Streit mit dem Versicherer bezüglich seines Leistungsanspruchs liegt. Zudem bewirkt der Zahlungsaufschub weiterhin einen gewissen Druck auf die versicherte Person.

Natürlich kann die Gemeinde schon vor dem Ende des Verfahrens an die Stelle der Versicherten treten oder sogar bevor ein solches Verfahren vom Versicherer eingeleitet wird, insbesondere in Fällen offenkundiger Zahlungsunfähigkeit (s. zu Art. 9 unten).

Was die Aushändigung des Originals des Verlustscheins angeht (**Abs. 3**), so kann die Gemeinde diese erst verlangen, wenn sie die betreffende Forderung vollumfänglich bezahlt hat. Wenn sie nur einen Teil der Forderung übernimmt, überweist sie diesen Betrag direkt dem Betreibungsamt, das ihr eine entsprechende Bescheinigung ausstellen wird (vgl. Artikel 150 Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 11. April 1889 über Schuldbetreibung und Konkurs).

Artikel 7a

Diese Bestimmung schafft eine gesetzliche Grundlage im Zusammenhang mit der Änderung der Verordnung über die Richtsätze für die Bemessung der materiellen Hilfe nach dem Sozialhilfegesetz. Künftig gelten die Prämien und weiteren nicht gedeckten Kosten als Unterstützungsleistungen für Sozialhilfebezügerinnen und -bezüger. Infolgedessen werden die entsprechenden Ausgaben gemäss dem Sozialhilfegesetz (SHG) unter dem Staat und den Gemeinden aufgeteilt.

Im Unterschied zur Regelung nach Artikel 7 Abs. 1 können die Sozialdienste diese Kosten bereits vor der Einleitung eines Betreibungsverfahrens übernehmen. In der Tat ist es nicht sehr sinnvoll, die Krankenversicherer zu verpflichten, systematisch bis zur Ausstellung eines Verlustscheins gegen Personen vorzugehen, die Sozialhilfe beziehen.

Artikel 8

Mit dieser Bestimmung wird der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichts entsprochen, wonach die den Versicherern erteilte viermonatige Frist ab Fälligkeit der Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht für die Einleitung eines Inkassoverfahrens ausreicht.

Die neue, in **Absatz 1** vorgesehene Maximalfrist von 6 Monaten ist dem Harmonisierungsprotokoll für Ausstände in der Krankenversicherung entnommen. Dieses

Protokoll wurde von den Kantonen Bern, Tessin, Waadt, Wallis, Neuenburg, Genf und Jura erarbeitet und am 5. Juni 2000 von der Conférence Romande des Affaires Sanitaires et Sociales (CRASS) genehmigt, mit Ausnahme von Freiburg. Die Frist von 6 Monaten gab zu keinen besonderen Problemen Anlass. Im gleichen Sinne einer Harmonisierung und entsprechend den in der Vernehmlassung geäusserten Bemerkungen wurde die den Versicherern erteilte Frist für die Vorlegung des Verlustscheins auf 90 Tage festgesetzt.

Wichtige Gründe im Sinne von **Absatz 2** sind zum Beispiel die Nichteinhaltung eines Zahlungsarrangements durch die versicherte Person, das Warten auf den Entscheid über die Prämienverbilligung usw.

Bleibt anzufügen dass der Bundesrat durch die obgenannte Änderung vom 9. November 2005 (s. zu Art. 6) einen neuen Artikel 90 Abs. 4 KVV eingeführt hat, der wie folgt lautet: *«Ist die versicherte Person mit der Bezahlung von drei Monatsprämien in Verzug und ist sie erfolglos gemahnt worden, so muss der Versicherer die ausstehende Forderung spätestens 40 Tage nach der letzten erfolglos gebliebenen Mahnung in Betreibung setzen»*. Dieser Artikel bezieht sich auf die Voraussetzungen für den Aufschub von Versicherungsleistungen nach Artikel 64a KVG, wohingegen die sechsmonatige Frist nach Artikel 8 Abs. 1 dieses Gesetzesentwurfs die Voraussetzungen für die Übernahme der ausstehenden Summen durch die Gemeinden nennt.

Artikel 8a

Diese Bestimmung schafft eine gesetzliche Grundlage, die es erlaubt, einen Teil der zu Lasten der Gemeinden gehenden Ausstände aus den eidgenössischen und kantonalen Subventionen zur Prämienverbilligung zu finanzieren, dies in den nach dem Bundesrecht zulässigen Grenzen. Nach einer strengen Auslegung von Artikel 65 KVG durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) können nur Prämienausstände und die entsprechenden Verzugszinsen durch die Beiträge für die Prämienverbilligung übernommen werden. Hingegen erachtet es das BAG als unzulässig, Kostenbeteiligungen und Betreibungskosten auf diese Weise zu finanzieren.

Bezüglich der konkreten Anwendung dieser neuen Bestimmung müssen auf Verordnungsweg noch verschiedene Organisations- und Verfahrensfragen präzisiert werden (Gesuche und Belege, Entscheide, Fondsbewegungen und Verbuchung usw.). In diesem Kontext werden nicht nur die Zahlungsausstände berücksichtigt werden, die von den Gemeinden infolge eines Verlustscheins übernommen wurden, sondern auch diejenigen, für welche die Gemeinden wegen offenkundiger Zahlungsunfähigkeit an die Stelle von Versicherten getreten sind (s. zu Art. 9).

Artikel 9

Der Artikel 9 ermöglicht es einer Gemeinde oder einem Gemeindeverband einerseits und einem Versicherer oder einem Verband von Versicherern andererseits, für die Anwendung der Artikel 6–8 eine Vereinbarung abzuschliessen. Die Vereinbarung regelt vor allem Fälle von offenkundiger Zahlungsunfähigkeit.

Gemäss ihrem vom Staatsrat erteilten Mandat hat sich die Ad-Hoc-Kommission für die Änderung des KVGG intensiv mit der Erarbeitung einer Vereinbarung über die Vergütung von Ausständen in der Krankenversicherung befasst, wobei sie sich am oben erwähnten «Harmonisierungsprotokoll für Ausstände in der Krankenversicherung» (s. zu Art. 8) orientierte. Zwar scheiterten die Verhandlungen zwischen santésuisse Freiburg und dem Verband freiburgischer Gemeinden (VFG) zunächst, im Laufe des Sommers 2005 unterzeichneten drei grosse Versicherer (Visana, Helsana und CCS) und drei grosse Gemeinden des Kantons (Freiburg, Villars-sur-Glâne und Bulle) dann aber doch eine Vereinbarung, die es erlaubt, eine Lösung für die grosse Mehrheit der strittigen Ausstände zu finden.

Artikel 22, 25, 25a und 25b

Die Bestimmungen über die Rechtsmittel sind infolge der in der Bundesgesetzgebung eingetretenen Änderungen (Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG) und der hier vorgestellten Gesetzesänderungen angepasst und geklärt worden.

Obwohl bei der Vernehmlassung einige Gemeinden gewünscht haben, dass der Oberamtmann auch Beschwerdebehörde sein solle, wo es um Verfügungen der Gemeinde über die Zuweisung von Amtes wegen geht, empfiehlt es sich wegen des engen Zusammenhangs zwischen den Zuweisungen von Amtes wegen und den Entscheiden über die Befreiung von der Versicherungspflicht, dass ein und dieselbe kantonale Instanz, die Direktion, in Streitfällen auf diesen beiden Gebieten entscheidet, wie dies heute der Fall ist.

Übergangsrecht

Die Übergangsbestimmung präzisiert, dass nur Forderungen, die nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes entstanden sind, aus den eidgenössischen und kantonalen Subventionen zur Prämienverbilligung finanziert werden können. Ausstände, die nach diesem Datum von den Gemeinden übernommen werden, aber Prämien betreffen, die schon früher fällig geworden sind, kommen somit nicht in Betracht. Die Anzahl der Fälle, für welche letzteres zutrifft – vor allem Fälle, die auf eine hängige Beschwerde zurückzuführen sind – kann von einer Gemeinde zur anderen stark variieren. Die vorgeschlagene Lösung kann als einzige die Gleichbehandlung der Gemeinden gewährleisten. Zudem eröffnet sie die notwendige Zeitspanne, um die Organisation und das Verfahren beim Gesuch um die Übernahme von Ausständen durch die KSVA festzulegen.

Was die neue sechsmonatige Frist angeht, die den Versicherern für die Einleitung eines Inkassoverfahrens auferlegt wird, so ist sie aufgrund des Rückwirkungsverbots grundsätzlich nicht anwendbar auf Verfahren, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes hängig sind (s. P. Moor, Droit administratif, Band 1, Bern 1994, Kap. 2.5.2.4 und 2.5.3). Es ist deshalb nicht notwendig, eine Übergangsbestimmung zur Anwendung von Artikel 8 vorzusehen.

Inkrafttreten

Das Inkrafttreten der Artikel 7a und 8a wird rückwirkend auf den 1. Januar 2006 festgesetzt werden. In Bezug auf den Artikel 7a liegt die Rückwirkung im Interesse der Koordination mit der Änderung der Richtsätze für die Bemessung der Sozialhilfe.

3. WEITERES THEMA MIT BEZUG AUF STREITFÄLLE IM BEREICH DER KRANKENVERSICHERUNG

Um jeden möglichen Missbrauch von Seiten der Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen (EL) zu verhüten, wurde bei der Vernehmlassung vorgeschlagen, auch das kantonale Gesetz über die Ergänzungsleistungen dahingehend zu ändern, dass der für die Prämien bestimmte EL-Anteil direkt dem Krankenversicherer ausgerichtet werden müsse.

Eine solche Änderung kommt mit Blick auf das Bundesrecht nicht in Frage. Erstens wird die Berechnung der EL durch das Bundesgesetz vom 19. März 1965 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) geregelt. Nach Artikel 3b Abs. 3 Bst. d dieses Gesetzes hat der für die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bestimmte EL-Anteil «der kantonalen Durchschnittsprämie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (inkl. Unfalldeckung) zu entsprechen». Dieser Betrag entspricht aber nicht der effektiven Höhe der individuellen Prämie, welche die EL-Bezügerinnen und -Bezüger ihrem Krankenversicherer schulden.

Zweitens gilt nach Artikel 20 Abs. 1 ATSG: «Geldleistungen können (hier: von der kantonalen Sozialversicherungsanstalt) ganz oder teilweise einem geeigneten Dritten oder einer Behörde ausbezahlt werden, der oder die der berechtigten Person gegenüber gesetzlich oder sittlich unterstützungspflichtig ist oder diese dauernd fürsorgerisch betreut, sofern: a. die berechtigte Person die Geldleistungen nicht für den eigenen Unterhalt oder für den Unterhalt von Personen, für die sie zu sorgen hat, verwendet oder dazu nachweisbar nicht im Stande ist; und b. die berechtigte Person oder Personen, für die sie zu sorgen hat, aus einem Grund nach Buchstabe a auf die Hilfe der öffentlichen oder privaten Fürsorge angewiesen sind». Nun sind aber die Krankenversicherer in keiner Weise ihren Versicherten gegenüber gesetzlich oder sittlich unterstützungspflichtig, und ausserdem beziehen längst nicht alle EL-Bezügerinnen und -Bezüger auch Sozialhilfe.

Die Gemeinden sind im Übrigen nicht ohne jede Handhabe gegen Missbräuche. Im Fall von Missbrauch seitens einer EL-Bezügerin oder eines EL-Bezügers kann die Gemeinde immer noch beantragen, dass die EL vollumfänglich auf ihr Konto überwiesen werden. Sie kann dann die geschuldeten Prämien und Kostenbeteiligungen bezahlen und nur den Restbetrag an die betroffene Person ausrichten. Mit diesem Vorgehen muss sie allerdings einen entsprechenden administrativen Mehraufwand in Kauf nehmen.

4. FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN

Diese Gesetzesänderung bringt einen erheblichen Wechsel mit sich, was die Aufteilung bei der Übernahme der Zahlungsausstände auf dem Gebiet der Krankenversicherung unter den Gemeinden und den Einrichtungen des Staates angeht (s. 2. Kapitel, zu Art. 7a und 8a).

Nach einer Schätzung des Verbandes freiburgischer Gemeinden (VFG) vom 2. Mai 2005 beliefen sich die Ausstände zu Lasten der Gemeinden für das Jahr 2004 auf insgesamt rund 4 Millionen Franken, wovon die nicht gedeckten medizinischen Kosten (mit anderen Worten: die Kostenbeteiligungen) rund 2 Millionen Franken ausmachten. Von den 4 Millionen Franken entfielen rund 40% auf die Hauptorte beziehungsweise rund 25%, das heisst 1 Million, auf die Stadt Freiburg. Berücksichtigt man die Betreibungskosten, die mangels differenzierter Daten nicht verlässlich genug veranschlagt werden können, hätte schliesslich eine Summe von schätzungsweise weniger als 2 Millionen Franken aus dem Budget 2004 der kantonalen Beiträge zur Prämienverbilligung finanziert werden können, so dass den Gemeinden eine Finanzlast von etwas mehr als 2 Millionen Franken verblieben wäre. Die vorgeschlagene Änderung wird also die Lasten der Gemeinden stark verringern, zum Beispiel um rund 500 000 Franken allein für die Stadt Freiburg.

Was die Prämien und weiteren nicht gedeckten Kosten von Sozialhilfebezügerinnen und -bezügern angeht, die künftig gemäss SHG unter dem Staat und den Gemeinden aufgeteilt werden, so beliefen sich diese nach der Schätzung des VFG im Jahr 2004 auf rund 2 Millionen Franken (100% zu Lasten der Gemeinden). In Berücksichtigung der neuen Gesetzesbestimmung (Art. 7a) hätte dies für den Staat im Jahr 2004 eine Mehrbelastung von 1 Million Franken bedeutet.

5. KOMPETENZENVERTEILUNG ZWISCHEN STAAT UND GEMEINDEN

Dieses Gesetz ändert nichts an der Kompetenzenverteilung zwischen Staat und Gemeinden.

6. ANTRAG

Der Staatsrat lädt den Grossen Rat somit ein, diesen Revisionsentwurf für das KVVG anzunehmen.

Projet du 10.01.2006

Loi

du

modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie

---

Le Grand Conseil du canton de Fribourg

Vu le message du Conseil d'Etat du 10 janvier 2006;

Sur la proposition de cette autorité,

Décrète:

Art. 1 Modification

La loi du 24 novembre 1995 d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LALAMal; RSF 842.1.1) est modifiée comme il suit:

Art. 3 titre médian

Contrôle d'affiliation (art. 3, 6 et 6a LAMal)

Art. 4 al. 2 et 4 (nouveau)

[2] La commune affilie d'office les personnes qui ne donnent pas suite à l'obligation de s'assurer. La décision de la commune étend ses effets sur tout le territoire cantonal.

[4] La demande d'exception à l'obligation de s'assurer est déposée auprès du conseil communal qui la transmet, le cas échéant munie de son préavis, à la Direction chargée des assurances sociales (ci-après: la Direction) pour décision.

Entwurf vom 10.01.2006

Gesetz

vom

zur Änderung des Ausführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung

---

Der Grosse Rat des Kantons Freiburg

nach Einsicht in die Botschaft des Staatsrats vom 10. Januar 2006;

auf Antrag dieser Behörde,

beschliesst:

Art. 1 Änderung

Das Ausführungsgesetz vom 24. November 1995 zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVGG; SGF 842.1.1) wird wie folgt geändert:

Art. 3 Überschrift

Kontrolle der Mitgliedschaft (Art. 3, 6 und 6a KVG)

Art. 4 Abs. 2 und 4 (neu)

[2] Die Gemeinde weist Personen, die der Versicherungspflicht nicht nachkommen, einem Versicherer zu. Der Entscheid der Gemeinde ist auf dem ganzen Kantonsgebiet rechtsgültig.

[4] Das Gesuch um Befreiung von der Versicherungspflicht muss beim Gemeinderat eingereicht werden; dieser leitet es, gegebenenfalls mit seiner Stellungnahme, zum Entscheid an die für die Sozialversicherungen zuständige Direktion (die Direktion) weiter.

Art. 5a (nouveau) Traitements hors canton (art. 41 al. 3 LAMal)

La Direction est compétente pour fixer la procédure et rendre des décisions concernant la participation financière de l'Etat aux coûts des traitements hors canton médicalement justifiés au sens de l'article 41 al. 3 de la loi fédérale.

Art. 6 Demeure de l'assuré
a) Obligation de l'assureur

Lors de l'envoi de la sommation à l'assuré, l'assureur mentionne qu'une information à ce sujet est transmise à la commune. Chaque mois, l'assureur fait parvenir à la commune la liste des sommations.

Art. 7 b) Obligation de la commune

[1] Sur présentation d'un acte de défaut de biens, la commune se substitue à l'assuré pour le paiement des primes, des participations aux coûts, franchises, intérêts moratoires et frais de poursuite, sous déduction des éventuels subsides versés, autres produits et acomptes.

[2] Si la commune conteste le bien-fondé de la prétention de l'assureur, elle rend une décision motivée dans les trente jours dès la présentation de la demande.

[3] La commune est subrogée dans les droits de l'assureur jusqu'à concurrence des montants payés en faveur de l'assuré. A cet effet, l'assureur lui remet l'original de l'acte de défaut de biens.

Art. 7a (nouveau) c) Obligation du service social

[1] Pour les assurés au bénéfice de l'aide sociale, le paiement des primes, des participations aux coûts, franchises, intérêts moratoires et frais de poursuite est assumé conformément à la législation sur l'aide sociale.

[2] L'article 7 al. 2 et 3 et l'article 8 de la présente loi s'appliquent par analogie.

Art. 8 d) Prescription

[1] L'obligation de la commune est prescrite si l'assureur n'a pas introduit les procédures d'encaissements dans les six mois à compter de l'échéance des primes ou des participations et s'il n'a pas produit l'acte de défaut de biens dans les nonante jours dès son obtention.

Art. 5a (neu) Ausserkantonale Behandlungen
(Art. 41 Abs. 3 KVG)

Die Direktion ist zuständig für die Festsetzung des Verfahrens und die Entscheide über die finanzielle Beteiligung des Kantons an den Kosten ausserkantonaler Behandlungen, die nach Artikel 41 Abs. 3 des Bundesgesetzes medizinisch begründet sind.

Art. 6 Zahlungsverzug der versicherten Person
a) Verpflichtung des Versicherers

Bei der Versendung der Mahnung an die versicherte Person teilt der Versicherer mit, dass die Gemeinde darüber unterrichtet wird. Jeden Monat schickt der Versicherer der Gemeinde die Liste der erfolgten Mahnungen.

Art. 7 b) Verpflichtung der Gemeinde

[1] Auf Vorlage eines Verlustscheins bezahlt die Gemeinde anstelle der versicherten Person die Prämien, Kostenbeteiligungen, Franchisen, Verzugszinsen und Betreibungskosten, nach Abzug allfälliger Prämienverbilligungen, weiterer Erlöse und Anzahlungen.

[2] Bestreitet die Gemeinde den Anspruch des Versicherers, so fällt sie innert 30 Tagen seit Vorlegung des Verlustscheins einen begründeten Entscheid.

[3] Die Gemeinde tritt bis zur Höhe der für die versicherte Person bezahlten Beträge in die Rechte des Versicherers ein. Zu diesem Zweck übergibt ihr der Versicherer das Original des Verlustscheins.

Art. 7a (neu) c) Verpflichtung des Sozialdienstes

[1] Für Versicherte, die Sozialhilfe beziehen, erfolgt die Zahlung der Prämien, Kostenbeteiligungen, Franchisen, Verzugszinsen und Betreibungskosten im Rahmen der Sozialhilfegesetzgebung.

[2] Artikel 7 Abs. 2 und 3 und Artikel 8 dieses Gesetzes gelten sinngemäss.

Art. 8 d) Verjährung

[1] Die Verpflichtung der Gemeinde erlischt, wenn der Versicherer die Inkassoverfahren nicht innert 6 Monaten seit Fälligkeit der Prämien oder Kostenbeteiligungen eingeleitet und den Verlustschein nicht innert 90 Tagen seit dessen Ausstellung vorgelegt hat.

[2] Le délai de six mois prévu à l'alinéa 1 peut être exceptionnellement prolongé pour justes motifs, sur demande écrite dûment motivée et adressée à la commune avant son expiration.

Art. 8a (nouveau) e) Utilisation des subsides (art. 66 LAMal)

[1] Dans les limites autorisées par le droit fédéral, les créances irrécouvrables payées en faveur des assurés sont imputées sur les subsides au sens de l'article 66 LAMal. La commune peut demander le remboursement de ces montants auprès de la Caisse de compensation AVS.

[2] La Direction règle, par voie d'ordonnance, la procédure de remboursement.

Art. 9 Règlement conventionnel du contentieux

Une commune ou une association de communes, d'une part, et un assureur ou une association d'assureurs, d'autre part, peuvent passer une convention pour l'application des articles 6 à 8. La convention règle notamment les cas d'insolvabilité notoire.

Art. 22, 1re phr.

Le Tribunal administratif connaît des litiges visés à l'article 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales. (…).

Art. 25 *[Décision]*
b) des communes et des services d'aide sociale

[1] Les décisions prises par les communes en application de l'article 4 al. 2 de la présente loi sont sujettes à recours à la Direction.

[2] Les décisions prises par les communes en application de l'article 7 al. 2 de la présente loi sont sujettes à recours au préfet.

[3] Les décisions prises par les services sociaux en application de l'article 7 al. 2 de la présente loi sont sujettes à réclamation, conformément à la loi sur l'aide sociale.

Art. 25a (nouveau) c) de la Direction

Les décisions prises par la Direction en application des articles 4 al. 4, 5a et 25 al. 1 de la présente loi sont sujettes à recours au Tribunal administratif.

[2] Die sechsmonatige Frist nach Absatz 1 kann aus wichtigen Gründen verlängert werden, wenn vor ihrem Ablauf ein schriftlich begründetes Gesuch an die Gemeinde gerichtet wird.

Art. 8a (neu) e) Verwendung der Beiträge
zur Prämienverbilligung (Art. 66 KVG)

[1] In den nach dem Bundesrecht zulässigen Grenzen werden die für Versicherte bezahlten uneinbringlichen Ausstände aus den Beiträgen zur Prämienverbilligung nach Artikel 66 KVG finanziert. Die Gemeinde kann die Vergütung dieser Beträge bei der AHV-Ausgleichskasse beantragen.

[2] Die Direktion regelt das Vergütungsverfahren mit Verordnung.

Art. 9 Regelung der Streitfälle durch Vereinbarung

Eine Gemeinde oder ein Gemeindeverband einerseits und ein Versicherer oder ein Verband von Versicherern andererseits können für die Anwendung der Artikel 6–8 eine Vereinbarung abschliessen. Die Vereinbarung regelt namentlich die Fälle offenkundiger Zahlungsunfähigkeit.

Art. 22, 1. Satz

Das Verwaltungsgericht ist für die Streitfälle nach Artikel 56 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts zuständig. (…).

Art. 25 *[Entscheid]*
b) der Gemeinden und der Sozialdienste

[1] Die Entscheide der Gemeinden gemäss Artikel 4 Abs. 2 dieses Gesetzes können mit Beschwerde bei der Direktion angefochten werden.

[2] Die Entscheide der Gemeinden gemäss Artikel 7 Abs. 2 dieses Gesetzes können mit Beschwerde beim Oberamtmann angefochten werden.

[3] Die Entscheide der Sozialdienste gemäss Artikel 7 Abs. 2 dieses Gesetzes können nach dem Sozialhilfegesetz mit Einsprache angefochten werden.

Art. 25a (neu) c) der Direktion

Die Entscheide der Direktion gemäss den Artikeln 4 Abs. 4, 5a und 25 Abs. 1 dieses Gesetzes können mit Beschwerde beim Verwaltungsgericht angefochten werden.

Art. 25b (nouveau) Qualité pour recourir des communes

Les communes ont qualité pour recourir contre les décisions de la Direction visées à l'article 4 al. 4 et les décisions du préfet visées à l'article 25 al. 2.

Art. 2 Droit transitoire (art. 8a LALAMal)

Les créances irrécouvrables payées en faveur de l'assuré ne peuvent être imputées sur les subsides au sens de l'article 66 LAMal que si elles sont nées après l'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 3 Entrée en vigueur

Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 25b (neu) Beschwerdebefugnis der Gemeinden

Die Gemeinden können die Entscheide der Direktion nach Artikel 4 Abs. 4 und die Entscheide des Oberamtmanns nach Artikel 25 Abs. 2 mit Beschwerde anfechten.

Art. 2 Übergangsrecht (Art. 8a KVGG)

Für die versicherte Person bezahlte uneinbringliche Ausstände können nur dann aus den Beiträgen zur Prämienverbilligung nach Artikel 66 KVG finanziert werden, wenn sie nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes entstanden sind.

Art. 3 Inkrafttreten

Der Staatsrat bestimmt das Inkrafttreten dieses Gesetzes.