



09.425

Parlamentarische Initiative
SGK-NR.
Artikel 64a KVG
und unbezahlte Prämien

Initiative parlementaire
CSSS-CN.
Article 64a LAMal
et primes non payées

Zweitrat – Deuxième Conseil

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 24.09.09 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 08.12.09 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 02.03.10 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 10.03.10 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.03.10 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 19.03.10 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 19.03.10 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

Schwaller Urs (CEg, FR), für die Kommission: Am 18. März 2005 verabschiedete das Parlament Artikel 64a KVG, der am 1. Januar 2006 in Kraft getreten ist. Ziel dieser Bestimmung war es, die Folgen der Nichtbezahlung fälliger Prämien und Kostenbeteiligungen auf Gesetzesstufe zu regeln. Die Krankenversicherer wurden insbesondere ermächtigt, die Kostenübernahme für Leistungen aufzuschieben, sobald im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren gestellt worden ist. Weil schon bald einmal sowohl für die Versicherer als auch für die Kantone Vollzugsprobleme auftraten, versuchte der Bund der unbefriedigenden Lage Herr zu werden, indem er eine Verordnung erliess. Gemäss dieser Bundesverordnung können die Kantone mit den Versicherern Vereinbarungen abschliessen, damit die Versicherer bei der Bezahlung eines Teils der fälligen Forderung auf die Sistierung der Kostenübernahme verzichten.

Obwohl gut gemeint, konnte auch diese Regelung nicht alle Probleme lösen. Das Ganze glich – wie wir das im Gesundheitswesen kennen – bald einmal einem Flickenteppich. Eine neue gesetzliche Regelung schien der einzige Ausweg zu sein. Die Kantone, vertreten durch die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), und die Versicherer, vertreten durch Santésuisse, begannen mit der Ausarbeitung eines gemeinsamen Vorschlages für einen neuen Artikel 64a. Nachdem sich die Besprechungen immer wieder hingezogen hatten, beschloss die GDK, die Verhandlung im Februar 2009 abzubrechen. Auf Veranlassung von Bundesrat Couchepin kehrten dann die Verhandlungspartner wiederum an den Tisch zurück. Schliesslich konnte ein vom EDI und von der GDK erarbeiteter Revisionsentwurf, versehen mit den Anmerkungen von Santésuisse, der SGK des Nationalrates unterbreitet werden. Der Entwurf fand dann über eine Kommissionsinitiative der SGK-NR, welcher unsere Kommission am 12. Mai 2009 zugestimmt hat, den Weg ins Parlament. Das zur Ausgangslage.

Der Nationalrat hat der Vorlage am 24. September 2009 mit zwei Änderungen zugestimmt. Die Grundidee der Gesetzesbestimmung ist, dass die Kantone inskünftig für säumige

AB 2009 S 1238 / BO 2009 E 1238

Prämienzahler 85 Prozent der Forderungen der Krankenversicherer übernehmen. Im Gegenzug sehen dann die Krankenversicherer von einer Leistungssistierung ab und bezahlen die vom säumigen Prämienzahler bezogenen Gesundheitsleistungen. Das ist nicht bestritten.

Der Nationalrat stimmte sodann mit 101 zu 69 Stimmen einem Einzelantrag zu, wonach die Versicherer den Kantonen nichts zurückbezahlen müssen, wenn die von den Versicherungen weiter betriebenen säumigen





Prämienzahler in diesem erneuten Betreibungsverfahren ihre Geldschuld schliesslich ganz oder teilweise bezahlen. Wir schlagen Ihnen hier vor, bei der ursprünglichen Lösung zu bleiben; ich komme in der Detailberatung darauf zurück.

Ein zweiter Antrag, der mit 109 zu 58 Stimmen durchkam, sieht eine Ergänzung der Vorlage vor, gemäss welcher die Kantone Listen mit säumigen Prämienzahlern erstellen können. Damit wird für die Versicherer wieder ein Türchen oder sogar eine Türe geöffnet, um von sich aus Leistungen sistieren zu können. In unserem Rat ist ein in die gleiche Richtung zielender Vorstoss von Kollege Stähelin hängig, der sich sicher melden wird. Ihre Kommission ist sich der Problematik der nationalrätlichen Lösung bewusst, und sie will nicht, dass die Kompetenz zur Sistierung von Leistungen bei den Versicherern bleibt, obwohl diese ja bereits 85 Prozent von den Kantonen erhalten haben. Die Kommission stellt hier einen Antrag, welcher die mögliche Sistierung von Leistungen davon abhängig macht, dass der Kanton die säumigen Prämienzahler auf eine kantonale Liste aufgenommen hat und diese Namen dann dem Versicherer mitteilt.

Inhaltlich – und das ist eine letzte Bemerkung – ist schliesslich noch zu ergänzen, dass mit der vorliegenden Revision alle Kantone verpflichtet werden sollen, die Prämienverbilligung künftig direkt an die Versicherer auszurichten. Damit wird verhindert, dass die Versicherten die Prämiensubvention für andere Zwecke als für die Bezahlung der Prämien brauchen. Gerade in der Westschweiz kennen wir dieses System schon seit Langem. Insgesamt sind es heute dreizehn Kantone, welche diese Praxis bereits kennen.

Nicht verschwiegen sei schliesslich, dass die Vorlage weder gesetzgebungstechnisch noch inhaltlich ein Meisterwerk ist. Offensichtlich ging es auch im Nationalrat darum, den zwischen den Kantonen und Versicherern gefundenen Kompromiss ohne allzu viele Nachfragen zu genehmigen. Niemand ist eigentlich für diese Vorlage letztverantwortlich, was sich zum Teil in unseren Beratungen, auch wenn diese ganz am Schluss des Tages stattgefunden haben, bemerkbar gemacht hat. Viele Fragen blieben eben unbeantwortet oder konnten nicht beantwortet werden, und zwar jeweils mit dem Hinweis, man habe es mit einem ganz fragilen Ganzen, mit einem Kompromiss zwischen Kantonen und Versicherern zu tun, und man wolle hier nicht zu stark eingreifen. Trotz allem ist aber die Kommission der Auffassung, dass nun dieser Lösung zum Durchbruch verholfen werden soll. Wir bitten Sie, auf die Vorlage einzutreten und ihr mit den beiden Änderungen zuzustimmen.

Stähelin Philipp (CEg, TG): Die Zahl jener, welche die Krankenkassenprämien nicht begleichen, wächst seit Jahren ständig an; wir wissen es. Im Bereich der Krankenversicherung gibt es bekanntlich am meisten Betreibungen: Hunderttausende von Fällen jährlich. Insbesondere bezahlen immer mehr Personen die Prämien nicht, die wirtschaftlich gesehen dazu durchaus in der Lage wären: aus eigenem Einkommen und Vermögen sowie dank den Prämienverbilligungen. Sie ziehen es vor, diese Zahlungen zu unterlassen und ihr Geld für schönere Freuden auszugeben, den geleasteten Sportwagen etwa. Dieses Beispiel ist zwar klischeehaft, das gebe ich gerne zu, aber die Erfahrungen aus meinem Kanton zeigen – er hat entsprechende Untersuchungen angestellt –, dass die überwiegende Zahl der säumigen Prämienzahler ihrer Zahlungspflicht wirtschaftlich zwar tatsächlich nachkommen könnte, ihr aber aus anderen Gründen nicht nachkommt. Säumig sind in erster Linie Versicherte, die weder von der Sozialhilfe abhängig sind noch Ergänzungsleistungen beziehen. Und weshalb sollten sie, aus ihrer Sicht, anders handeln? Die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung können sie in aller Selbstverständlichkeit doch in Anspruch nehmen, denn sie werden in aller Regel trotzdem erbracht. Dies schlägt dann aber, falls die Versicherer die Leistungen begleichen, auf die Prämien durch, die alle anderen solidarisch bezahlen, und auch auf die Ausgaben der Kantone bzw. in der Folge auf die Steuern der Allgemeinheit. Letzteres geschieht auch dann, wenn die Krankenkassen erbrachte Leistungen im Falle eines Prämienausstandes nicht begleichen, die Leistungserbringer sich aber nicht alles ans Bein streichen sollen. Ich habe Sie bei meiner entsprechenden Motion 09.3101 schon darauf hingewiesen: Seit mehreren Jahren streiten sich Krankenversicherer und Kantone darüber, wer diesfalls für die Kosten der nach KVG erbrachten Leistungen all jener aufkommen muss, die ihre Prämien nicht bezahlt haben. Ein Trauerspiel haben wir da erlebt.

Ich danke deshalb der SGK des Nationalrates, dass sie die Initiative ergriffen hat und auf der Grundlage einer sogenannten GDK-EDI-Vorlage eine Lösung präsentiert, der die Betroffenen ringsum nun offenbar weitgehend zustimmen können.

Allerdings legte die SGK-NR ihrem Rat noch eine Lösung vor, welche nur einen Teil der Probleme zu lösen suchte: Nur die Frage der Übernahme der ausstehenden Prämien bzw. der Abgeltung für die Leistungserbringer stand im Zentrum. Die Leistungserbringer werden dem zweifellos zustimmen können, denn sie müssen so nicht mehr lange oder gar für alle Zeiten auf ihre Entschädigung warten. Diese Lösung geht aber zulasten der Allgemeinheit, sprich der Steuerzahler. Allerdings hat die Gesundheitsdirektorenkonferenz ihr zugestimmt, auch wenn wohl nicht alle Kantone und alle für die Finanzen zuständigen Regierungsräte ringsum einverstan-



den sein werden.

Die nationalrätliche Kommissionslösung hätte weiterhin die Frage offengelassen, was mit zahlungsunwilligen Versicherten zu tun sei. Ich bin überzeugt, dass die Mittel des Betreibungsverfahrens hier nicht ausreichen, weil sehr viele Säumige trotzdem nicht bezahlen und den Verlustschein in Kauf nehmen werden, ohne ihren Lebensstil zu ändern. Aus diesem Grunde begrüsse ich es sehr, dass der Nationalrat im Plenum die Vorlage mit Absatz 6bis ergänzt hat. Damit hat er eine Lösung übernommen, welche von Kantonen – Thurgau, Tessin – während der langdauernden Auseinandersetzung zwischen der Gesundheitsdirektorenkonferenz und Santé-suisse entwickelt worden ist. In unserem Kanton funktioniert dieses Thurgauer Modell – wie man da sagt –, und es wäre unverständlich, wenn es nun wieder fallengelassen werden müsste.

Mit dem Case-Management-Modell des Thurgaus, aber auch des Tessins, kann die öffentliche Hand rascher, zielgerichteter und kostengünstiger vorgehen, bevor das Schuldbetreibungsverfahren zu einem Verlustschein führt. Damit ergänzt das Modell den vorliegenden Revisionsentwurf. Es handelt sich um eine Kann-Bestimmung: Jene Kantone, welche diese Ergänzung für sich weiterführen oder neu einführen wollen, sollen dies tun können. Es geht also keineswegs um eine Ausweitung dieses Modells auf die ganze Schweiz, wie dies die GDK – das war wohl ein Missverständnis – zu befürchten scheint. Aber es soll doch auch kein Zwang bestehen, ein System, das von verschiedenen Kantonen als zielführend und zweckmässig erkannt worden ist, wieder aufgeben zu müssen.

Für mich gehören die beiden Ansätze der Vorlage, wie sie nun vor uns liegt, zusammen. Sie bringen für unterschiedliche Aspekte der Probleme in diesem Bereich Lösungen, und sie sind gegenseitig verträglich. Ich bin in diesem Sinne für Eintreten auf den gesamten Entwurf.

Maury Pasquier Liliane (S, GE): Je n'avais pas l'intention de prendre la parole sur cet objet, mais les propos que vient de tenir mon préopinant m'incitent malgré tout à le faire. Je ne m'exprime pas dans un esprit polémique, mais pour dire que le projet qui nous est soumis aujourd'hui ne résout effectivement pas l'ensemble des difficultés, lesquelles sont

AB 2009 S 1239 / BO 2009 E 1239

finalément liées – il est utile de le redire ici – à l'introduction il y a quelques années de cette solution dans la LAMal. Cette solution offre la possibilité de suspendre les prestations fournies par les assureurs pour les assurés qui ne payent pas leurs primes. Et c'est de là que découle une bonne part des problèmes auxquels nous sommes confrontés aujourd'hui et que nous tentons de résoudre par ce projet.

Pourquoi? Parce que la possibilité de suspendre les prestations a entraîné des dizaines de milliers, voire des centaines de milliers de personnes – notamment toutes les personnes fragilisées, les personnes qui sont en rupture – dans des difficultés considérables, que les cantons essayent de pallier, avec ou sans leur soutien. Les personnes précitées peuvent parfois subir les conséquences d'une suspension des prestations pendant des mois, voire des années, et dans des domaines qui n'ont pas forcément un lien avec la santé ou avec la prise en charge des frais de santé. C'est le cas par exemple pour des décisions administratives d'un autre type, comme celle de l'octroi d'un droit de séjour. Ces problèmes sont effectivement dus à l'introduction de l'article 64a, sur pression des assureurs, et c'est la raison pour laquelle ce projet est vraiment une réponse tout à fait nécessaire à un problème réel.

Même s'il n'est pas parfait, je le répète, nous ne pouvons que soutenir ce projet, ne serait-ce que pour soutenir également les cantons dont nous sommes les représentants.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: L'article 64a est entré en vigueur le 1er janvier 2006. Cette disposition autorise les assureurs à suspendre la prise en charge des coûts des prestations dès le dépôt de la réquisition de continuer la poursuite en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts.

C'est vrai, l'application de cette disposition a révélé une série de difficultés pour l'ensemble des acteurs concernés: les cantons, les assureurs-maladie, les fournisseurs de prestations, les assurés aussi. Ont ainsi été évoquées les difficultés pour les cantons de distinguer au moment de la réquisition de poursuite les assurés qui ne peuvent pas payer leurs primes de ceux qui ne veulent pas les payer. Les fournisseurs de prestations subissent les effets de la suspension en n'étant pas payés pour les soins donnés. Les dispositions élaborées ultérieurement au niveau de l'ordonnance sur l'assurance-maladie n'ont visiblement pas permis de résoudre tous les problèmes d'application. Une révision s'est donc révélée nécessaire au niveau de la loi.

Dans un premier temps, les représentants des cantons, c'est-à-dire la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, et les assureurs – Santé-suisse – ont travaillé à une proposition commune de révision de l'article 64a. C'est ainsi qu'un projet de révision élaboré par le Département fédéral de l'intérieur et



la CDS, accompagné des remarques de Santésuisse, a été soumis à la commission du Conseil national. En remplacement de la suspension de la prise en charge des prestations, le projet prévoyait deux choses: d'une part que les cantons prennent en charge 85 pour cent des créances pour lesquelles un acte de défaut de biens a été délivré; d'autre part que les subsides soient versés directement à l'assureur.

Sur cette base, la commission du Conseil national a décidé, à l'unanimité, de déposer une initiative parlementaire; le projet qui en est issu nous occupe aujourd'hui. Dans son avis de septembre dernier, le Conseil fédéral s'est déclaré favorable à cette révision, à la fois à l'article 64a mais aussi à l'article 65, car il considère que cette révision est équilibrée, satisfaisante pour tous les partenaires intéressés.

Après le traitement au Conseil national, votre commission a adopté le projet, mais elle vous propose aussi une série d'amendements. J'en citerai trois en particulier: celui qui concerne l'alinéa 1, avec la question de l'envoi d'un rappel; l'alinéa 6bis dont on vient de parler un peu plus longuement dans le cadre de ce débat d'entrée en matière, avec l'établissement d'une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes et la possibilité de suspendre la prise en charge des coûts des prestations; et puis également une discussion au niveau de la rétrocession aux cantons.

De manière générale et sans entrer dans les détails – puisque la discussion par article va avoir lieu –, le Conseil fédéral est d'avis que la meilleure solution est le projet initial de la commission. Nous souhaiterions qu'on en revienne aux propositions formulées au départ sans modification, à part sur un point de détail qui n'est pas contesté.

Enfin, le projet soumis à votre examen comporte également une révision du système de versement des réductions de primes; c'est l'article 65. Il s'agit d'uniformiser à l'échelle de la Suisse le versement des réductions de primes. A ce jour, en effet, certains cantons versent les réductions de primes aux assurés; d'autres, directement aux assureurs. Afin de garantir que les assureurs reçoivent effectivement le montant du subside, il est proposé qu'à l'avenir tous les cantons versent ces montants directement aux assureurs. Cela entraînera des facilités administratives pour toutes les parties et garantira que les montants versés au titre de la réduction de primes ne soient pas utilisés à d'autres fins. Ni le Conseil national ni votre commission n'ont remis en question cette modification.

Toutefois, elle doit être également applicable aux bénéficiaires de prestations complémentaires. C'est pourquoi, sur une proposition de Monsieur Kuprecht, la commission du Conseil des Etats a accepté que l'administration fédérale présente une proposition de modification de la loi sur les prestations complémentaires. Dans le cadre de l'élimination des divergences, l'administration fédérale fera une proposition dans ce sens au début de l'année prochaine. Cela signifie évidemment que la votation finale sera reportée en principe – je l'espère – à la session de printemps.

En conclusion, je vous invite à entrer en matière, à en revenir autant que possible au projet de départ élaboré par la commission du Conseil national; c'est essentiel pour la résolution des problèmes que pose l'application de l'article 64a de la LAMal.

Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen
L'entrée en matière est décidée sans opposition

Bundesgesetz über die Krankenversicherung **Loi fédérale sur l'assurance-maladie**

Detailberatung – Discussion par article

Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Titre et préambule, ch. I introduction

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 64a





Antrag der Kommission

Abs. 1

Unverändert

Abs. 2

... Betreuung anheben. Der Kanton kann verlangen, dass der Versicherer der zuständigen kantonalen Stelle die Schuldnerinnen und Schuldner, die betrieben werden, bekanntgibt.

Abs. 3, 4

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 5

Zustimmung zum Entwurf der SGK-NR

Abs. 6

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 6bis

... Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen ... zugänglich ist. Die Versicherer schieben für diese Versicherten

AB 2009 S 1240 / BO 2009 E 1240

auf Meldung des Kantons die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf und erstatten der zuständigen kantonalen Stelle Meldung über den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen.

Abs. 7, 8

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 64a

Proposition de la commission

Al. 1

Inchangé

Al. 2

... requérir la poursuite. Le canton peut exiger que l'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs qui font l'objet de poursuites.

Al. 3, 4

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 5

Adhésion au projet de la CSSS-CN

Al. 6

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 6bis

... malgré la poursuite, liste ... et le canton concerné. Sur notification du canton, l'assureur suspend la prise en charge du coût des prestations fournies à ces assurés, à l'exception de celles relevant de la médecine d'urgence, et avise le service cantonal compétent de la suspension de la prise en charge et de l'annulation de cette suspension lorsque les assurés ont acquitté leurs créances.

Al. 7, 8

Adhérer à la décision du Conseil national

Schwaller Urs (CEg, FR), für die Kommission: Zu Absatz 1: Das geltende Recht sieht ein strafferes Verfahren und mindestens einen Verfahrensschritt weniger vor als der Entwurf der Kommission des Nationalrates. Ihre Kommission hält dafür, dass jede unnötige zusätzliche administrative Auflage zu streichen ist. Wir wollen also eine weitere Straffung des Verfahrens. Das ist der Hintergrund unseres Antrages.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Dans ce cas-là, nous souhaitons aussi, comme je l'ai dit dans le débat d'entrée en matière, nous reposer la question de la pertinence de revenir à la version du projet de la commission du Conseil national. Ladite version correspond à la pratique des assureurs telle qu'elle a été codifiée dans la réglementation de l'ordonnance. Elle permet aux assurés qui auraient simplement oublié de s'acquitter de leur prime de le faire dans les meilleurs délais sans autre conséquence pour eux; elle permet également de liquider un nombre important de cas à ce stade. En matière de politique commerciale des assureurs-maladie, le rappel informel a un côté moins strict et heurte moins les assurés qu'une sommation beaucoup plus formelle.



Donc, nous exprimons ici, même s'il n'y a pas de proposition de minorité, notre très claire préférence pour le projet de la commission du Conseil national, qui est un bon projet et qui, en pratique, s'avérerait vraisemblablement plus efficace.

Schwaller Urs (CEg, FR), für die Kommission: Zu Absatz 2: Hier handelt es sich lediglich um eine Präzisierung in dem Sinne, dass der Kanton in einer Verordnung für alle Fälle und von allen Versicherern verlangen kann, dass diese ihm die Namen der betriebenen Schuldner mitteilen. Es soll angesichts der Erfahrungen, die in den Kantonen gemacht worden sind, vermieden werden, dass der Kanton für jeden einzelnen Fall ein besonderes Gesuch stellen muss. Wir möchten, dass der Kanton das für alle Versicherer in einer Verordnung regeln kann. Das ist also eine reine Präzisierung.

Zu Absatz 5: Sobald die versicherte Person ihre Schuld gegenüber dem Versicherer vollständig oder teilweise beglichen hat, erstattet dieser gemäss Entwurf der Kommission des Nationalrates 50 Prozent des von der versicherten Person erhaltenen Betrags an den Kanton zurück. Der Kanton hat ja bereits 85 Prozent aller ausstehenden Prämien und Eintreibungskosten bezahlt. Betreibt danach der Versicherer weiter und zahlt der säumige Schuldner schlussendlich noch etwas, ist es nach Ansicht Ihrer Kommission nicht nachvollziehbar, warum der Steuerzahler, der ja die 85 Prozent bezahlt hat, davon nichts erhalten soll. Es ist eine ausgewogene und sachlich richtige Lösung, wenn der Kanton, und damit letztlich der Steuerzahler, wenigstens die Hälfte der Gelder zurückerhält, welche die versicherte Person erst nach Vorliegen des Verlustscheins bezahlt hat. Darum schlagen wir Ihnen vor, bei der ursprünglichen Lösung gemäss Entwurf der Kommission des Nationalrates zu bleiben.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Je prends la parole très brièvement pour vous dire que je suis favorable à la proposition de votre commission qui consiste à reprendre le projet initial de la commission du Conseil national, projet qui, je le répète, me paraît bon.

Il est en effet équitable de partager par moitié – 50 pour cent à l'assureur et 50 pour cent au canton – le montant versé à l'assureur par l'assuré revenu à meilleure fortune, montant versé postérieurement à l'acte de défaut de biens. Les cantons ayant participé à hauteur de 85 pour cent au règlement des créances arriérées, il est juste qu'ils puissent bénéficier d'une part des versements effectués par l'assuré. Un tel partage ne supprime d'ailleurs pas non plus toute incitation pour l'assureur de récupérer le montant dû.

Je crois vraiment que ce projet est bien fait et qu'il faut reprendre le projet de la commission du Conseil national et, donc, maintenir une divergence avec le Conseil national sur ce point.

Schwaller Urs (CEg, FR), für die Kommission: Ein paar kurze Bemerkungen zu Absatz 6bis: Inhaltlich ändern wir mit der Präzisierung "Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen" nichts, unseres Erachtens braucht die Mahnung hier aber nicht noch einmal gesondert erwähnt zu werden.

Zum zweiten Satz – dieser Punkt wird wahrscheinlich zu diskutieren sein. Die Idee dieser Bestimmung ist die folgende: Die Kantone sollen Listen mit den säumigen Zahlern erstellen können; sie sollen dann auch die Möglichkeit haben, bei diesen säumigen Zahlern direkt zu intervenieren und sie noch einmal zur Zahlung anzuhalten. Wichtig ist zu unterstreichen, dass der Kanton allein entscheidet, wer auf eine solche Liste kommt. Anvisiert ist hier nicht der Zahlungsunfähige, sondern der Zahlungsunwillige.

Es liegt allein in der Kompetenz der Kantone, welche Schuldner sie tatsächlich auf diese Liste nehmen wollen und welche Namen sie dann auch den Versicherern weitergeben, damit diese in der Folge die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen einschränken oder ausschliessen können. Noch einmal: Die Kantone allein – nicht die Versicherer – entscheiden, wer auf eine solche Liste kommt. Die Kantone allein entscheiden, welche Namen zwecks Ausschluss der Kostenübernahme für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen an die Versicherer weitergegeben werden. Wir sind hier auf der Linie der sogenannten Thurgauer Praxis oder des Thurgauer Modells.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Je n'ai pas pu participer aux débats en commission, mais à titre personnel je dois dire que je suis un peu surpris par l'orientation prise à l'alinéa 6bis, aussi bien au Conseil national qu'au sein de la commission du Conseil des Etats. D'une certaine façon, on remet en cause le principe même qui avait été décidé dans le cadre de l'initiative elle-même et qui devait résoudre des problèmes. On risque donc de retrouver un certain nombre de problèmes avec les propositions présentées.

Je constate que les deux conseils, à part des questions de formulation, vont à peu près dans le même sens. Dès lors, je ne crois pas que je vais faire un long débat là-dessus aujourd'hui, mais comme il y aura de toute façon une



AB 2009 S 1241 / BO 2009 E 1241

divergence, nous reprendrons cela dans l'examen du projet au Conseil national. Je ne suis en effet pas convaincu que l'orientation prise maintenant permettra réellement de régler les problèmes. J'ai pris note que le miracle existe visiblement en Thurgovie, comme c'est d'ailleurs souvent le cas dans le domaine de la santé. Je regarderai cela de plus près, mais pour le moment j'ai quelques doutes et je suis perplexe sur l'orientation prise par votre commission et le Conseil national. On verra cela dans le cadre de la procédure d'élimination des divergences.

Abs. 1 – Al. 1

Präsidentin (Forster-Vannini Erika, Präsidentin): Der Bundesrat beantragt Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission ... 21 Stimmen

Für den Antrag des Bundesrates ... 8 Stimmen

*Übrige Bestimmungen angenommen
Les autres dispositions sont adoptées*

Art. 65 Abs. 1, 2, 4bis, 5

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 65 al. 1, 2, 4bis, 5

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Schwaller Urs (CEg, FR), für die Kommission: Der Bundesrat hat es in seinem Eintretensvotum erwähnt: Bei den Beratungen der Vorlage 09.425 wurde zu spät bemerkt, dass es bei der allgemeinen Einführung der Auszahlung der Prämienverbilligung direkt an die Versicherer auch eine explizite Regelung für die Ergänzungsleistungen braucht, über die die Prämienverbilligungen teilweise ausbezahlt werden. Betroffen sind rund 220 000 Personen. Einige Kantone, die die Prämienverbilligung schon heute direkt an die Versicherer auszahlen, zahlen bereits auch die betroffenen Ergänzungsleistungen direkt aus. Die kantonale Praxis ist aber unterschiedlich. Es ist deshalb sinnvoll, eine einheitliche Regelung auf Bundesgesetzstufe zu treffen. Kollege Kuprecht ist entsprechend vorstellig geworden. Es war aber aus zeitlichen Gründen nicht möglich, eine mit den Kantonen abgesprochene Lösung für dieses Problem bis zur letzten Sitzung der SGK bzw. bis zur heutigen Plenumsitzung zu erarbeiten und dann als Einzelantrag einzubringen. Das BSV wird deshalb eine entsprechende Teilrevision des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung im Rahmen der Bereinigung der Differenzen einbauen. Der Bundesrat hat darauf in seinem Eintretensvotum hingewiesen. Wir teilen diese Auffassung.

Angenommen – Adopté

Übergangsbestimmungen; Ziff. II

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Dispositions transitoires; ch. II

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble





AMTLICHES BULLETIN – BULLETIN OFFICIEL

Ständerat • Wintersession 2009 • Zehnte Sitzung • 08.12.09 • 08h15 • 09.425
Conseil des Etats • Session d'hiver 2009 • Dixième séance • 08.12.09 • 08h15 • 09.425



Für Annahme des Entwurfes ... 29 Stimmen
(Einstimmigkeit)
(0 Enthaltungen)