



09.425

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

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

Differenzen – Divergences

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)

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

Art. 64a

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Festhalten

Abs. 2, 5

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 6bis

Streichen

Antrag der Minderheit

(Triponez, Baettig, Borer, Bortoluzzi, Cassis, Dunant, Estermann, Kleiner, Parmelin, Ruey, Stahl)

Abs. 5

Festhalten

AB 2010 N 45 / BO 2010 N 45

Antrag der Minderheit

(Bortoluzzi, Borer, Cassis, Estermann, Humbel Näf, Kleiner, Parmelin, Stahl, Triponez, Wehrli)

Abs. 6bis

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 64a

Proposition de la majorité

Al. 1

Maintenir





Al. 2, 5

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 6bis

Biffer

Proposition de la minorité

(Triponez, Baettig, Borer, Bortoluzzi, Cassis, Dunant, Estermann, Kleiner, Parmelin, Ruey, Stahl)

Al. 5

Maintenir

Proposition de la minorité

(Bortoluzzi, Borer, Cassis, Estermann, Humbel Näf, Kleiner, Parmelin, Stahl, Triponez, Wehrli)

Al. 6bis

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Abs. 5 – Al. 5

Triponez Pierre (RL, BE): Bei der parlamentarischen Initiative "Artikel 64a KVG und unbezahlte Prämien" geht es darum, für all jene Fälle eine Lösung zu finden, in denen die soziale Krankenversicherung Leistungen erbringen muss, für welche vom Versicherten keine Prämien bezahlt worden sind. Es geht also konkret um das Problem, dass Versicherer auch dann Leistungen erbringen sollen oder müssen, wenn die Prämien nicht bezahlt werden, was an und für sich etwas Spezielles ist. Dass im Bereich der Sozialversicherung und der Krankenversicherung speziell hierin natürlich eine sozialverträgliche Lösung gefunden werden muss, ist der Kommission bewusst geworden – deshalb auch diese parlamentarische Initiative.

Nun gab es lange Verhandlungen zwischen den Kantonen einerseits und den Krankenversicherern andererseits. Sie haben sich in diesen Diskussionen letztlich darauf geeinigt, dass die Versicherer 10 Prozent dieser ausstehenden Prämien selber finanzieren müssen; die Kantone waren bereit, 90 Prozent dieser Ausfälle zu bezahlen. Das war der Grundsatz. Beim Gestalten von Artikel 64a – Sie sehen das bei Absatz 4 – hat man hier nun aber eine gewisse Korrektur angebracht, nämlich in dem Sinn, dass die zuständige kantonale Behörde 85 Prozent der Forderung übernimmt. Das heisst, dass der Versicherer 15 Prozent zu bezahlen hätte. Man hat dann aber in Absatz 5 festgehalten, dass der Versicherer 50 Prozent des erhaltenen Betrages wieder an den Kanton zurückbezahlen soll, wenn die versicherte Person ihre Schuld doch noch vollständig oder teilweise begleicht bzw. die Prämien nachträglich bezahlt.

Warum haben wir einen Minderheitsantrag gestellt? Die ursprüngliche Meinung der Partner war, ein Verhältnis von 90 zu 10 zu schaffen. Wenn nun der Versicherer vom nachträglich erhaltenen Geld einen Teil wieder zurückerhält, würde das genau die 10 Prozent ausmachen, welche eigentlich im Kostenverteilungsschlüssel geplant worden sind. Dies ist der Grund, weshalb wir letztes Mal bei der Beratung dieses Artikels hier bei Absatz 5 den zweiten Satz gestrichen haben, damit das Verhältnis 90 zu 10 erfüllt ist. Es geht um den Satz: "Sobald die versicherte Person ihre Schuld vollständig oder teilweise gegenüber dem Versicherer beglichen hat, erstattet dieser 50 Prozent des von der versicherten Person erhaltenen Betrages an den Kanton zurück." Diesen Teil des Absatzes haben wir gestrichen, damit das Verhältnis von 90 Prozent zu 10 Prozent gesichert ist.

Der Ständerat hat über diesen Artikel praktisch keine Diskussion geführt, hat aber diese Streichung aufgehoben. Wir sind der festen Überzeugung, dass es der Fairness und auch einer vernünftigen Regelung entsprechen würde, wenn man dieses Verhältnis von 90 zu 10 bei der Kostenaufteilung wahren würde. Ebenso sind wir überzeugt, dass eine teilweise Rückerstattung des darüber hinausgehenden Beitrags nichts anderes als zusätzliche Administration und Komplikationen bedeutet.

Eine starke Minderheit empfiehlt Ihnen, bei unserem ersten Beschluss zu bleiben, den unser Rat letztes Mal übrigens mit 101 zu 69 Stimmen gefasst hat.

Ruey Claude (RL, VD): Nous sommes au bout de l'examen d'un projet consensuel qui a consisté à chercher une solution pour répondre au problème des mauvais payeurs de primes d'assurance-maladie. Vous savez qu'au départ nous avons prévu de suspendre tout à fait les prestations des assureurs pour les mauvais payeurs. On s'est rendu compte que cela posait des problèmes considérables en pratique, notamment pour les cantons et les prestataires de soins, puisque les gens qui n'étaient plus couverts par l'assurance devaient être pris en charge par l'aide sociale.



Les cantons et les assureurs ont essayé de chercher une solution. Ils sont arrivés à peu près à cette solution, que Monsieur Couchepin, alors conseiller fédéral, a réussi encore à améliorer. Selon cette solution, il est prévu que les mauvais payeurs doivent être poursuivis et que c'est seulement lorsqu'il y a un acte de défaut de biens que les cantons paient 85 pour cent de la prime d'assurance aux assureurs, c'est-à-dire à la communauté des assurés, qui perd donc 15 pour cent des revenus normaux.

Il faut ensuite rechercher le débiteur. Cela ne paraît logique à première vue que si l'assureur, c'est-à-dire la communauté des assurés, touche de l'argent, qu'il le partage avec les cantons payeurs. Cela paraît logique, mais en réalité, c'est totalement contre-productif. Pourquoi? parce que la réalité montre que lorsqu'il s'agit de rechercher de l'argent auprès de gens titulaires d'un acte de défaut de biens, on arrive en moyenne à obtenir 5 pour cent de la somme d'argent recherchée. Et s'il faut encore partager ce 5 pour cent en deux, cela signifie que, finalement, les assurés qui, eux, ont payé seront pénalisés de 12,5 pour cent. Il y a donc là une perte considérable, que les cantons ne combleront pas. Et si l'assureur doit partager 5 pour cent, il n'aura strictement plus aucun intérêt à engager la poursuite, parce que celle-ci lui coûtera plus cher que cela ne lui rapportera. Il est donc évident que l'on va dissuader d'entamer la poursuite, que l'on va donc, dans une certaine mesure, pénaliser ceux qui sont responsables et qui paient et favoriser les irresponsables puisqu'ils ne seront plus poursuivis. C'est tout à fait contraire aux principes de responsabilité et de liberté qui sont les nôtres. Cela favorise l'irresponsabilité et, finalement, cela défavorise l'ensemble des assurés honnêtes qui, eux, se retrouveront à terme avec des primes plus élevées.

Ce sont les raisons pour lesquelles cette solution est une fausse bonne solution. Nous vous invitons à confirmer ce que vous aviez adopté au premier débat, c'est-à-dire ne pas prévoir de restitution de la moitié de la somme retrouvée – lorsqu'on le retrouve!

Präsidentin (Bruderer Wyss Pascale, Präsidentin): Die SVP-Fraktion lässt ausrichten, dass sie den Antrag der Minderheit unterstützt.

Prelicz-Huber Katharina (G, ZH): Die Grünen werden sehr klar die Mehrheit unterstützen. Der Antrag der Minderheit ist für uns unverständlich, wenn nicht gar eine Frechheit. Die Ausstände werden den Versicherern zu 85 Prozent vergütet; das war der Kompromiss, der ausgehandelt wurde. Die Versicherer sollen nun 50 Prozent an die Kantone zurückzahlen, wenn die Versicherten ihre Ausstände bezahlt haben. Das ist unserer Meinung nach eine sehr kulante Lösung. Wir sind auch überzeugt, dass deshalb Einigkeit erreicht werden konnte. Nun soll durch die Hintertür eine schnelle Gewinnmaximierung erreicht werden. Die Versicherer sollen gemäss diesem Antrag gar nichts an die Kantone

AB 2010 N 46 / BO 2010 N 46

zurückzahlen, das heisst, es gibt eine Doppelbezahlung für die Versicherer – die Kantonsbeiträge einerseits und die Zahlungen der Versicherten andererseits – und einen Verlust für die Kantone. Sie bezahlen 85 Prozent der Ausstände und erhalten nichts zurück – ganz nach dem Motto: Gewinne privatisieren und Verluste sozialisieren.

Es liegt eine austarierte Lösung vor, ausgehandelt mit allen Akteuren und allen Akteurinnen. Es gibt also keinen Grund mehr, hier etwas zu verändern – vor allem dann nicht, wenn die Situation der öffentlichen Hand, insbesondere jene der Kantone, damit eine Verschlechterung erfährt.

Wir bitten Sie deshalb sehr, den Antrag der Mehrheit zu unterstützen und damit dem Beschluss des Ständerates zuzustimmen.

Präsidentin (Bruderer Wyss Pascale, Präsidentin): Die CVP/EVP/glp-Fraktion lässt ausrichten, dass sie den Antrag der Mehrheit unterstützt.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Auch die SP-Fraktion unterstützt die Mehrheit und empfiehlt Ihnen, das ebenfalls zu tun, und zwar aus folgenden Gründen:

1. Aus taktischen Gründen: Der Ständerat hat diese Version einstimmig beschlossen, und es ist kaum denkbar, dass er von diesem einstimmigen Entscheid nochmals wegkommt. Wenn wir also hier an einer Differenz festhalten, verlängern wir ausschliesslich den Prozess. In der Sache wird sich am Schluss allerdings nichts ändern.

2. Weiter liegen die Gründe in der Entstehungsgeschichte, das hat meine Vorrednerin soeben ausgeführt. Die Regelung, die die Mehrheit unterstützt, entspricht einem Kompromiss, einem sorgfältig ausgehandelten Kompromiss zwischen Santésuisse und den Kantonen. Es ist ein delikates Gleichgewicht. Ich glaube auch, dass man sagen kann, die Kantone seien den Versicherungen weit entgegengekommen, indem sie bereit



sind, 85 Prozent der Kosten zu übernehmen. Es wäre ungeschickt, hier als Parlament im letzten Moment noch dreinzupfuschen. Das sehen auch verschiedene Verbände so. Nicht umsonst empfehlen uns Spitzenverbände wie FMH und der Spitalverband H+, diesem Kompromiss zu folgen und hier die Mehrheit zu unterstützen.

3. Die wichtigsten Gründe sind die inhaltlichen Gründe. Die Kantone übernehmen, wie mehrmals gesagt worden ist, 85 Prozent der Verluste, 15 Prozent übernehmen die Versicherungen. Es ist doch nur richtig und gerecht, dass das Geld, das zusätzlich eingetrieben wird, anschliessend zumindest hälftig auf Versicherungen und Kantone aufgeteilt wird und nicht einfach nur in den Taschen der Versicherungen bleibt.

Herr Ruey, Sie zeichnen ein etwas negatives Bild Ihrer eigenen Mitglieder, wenn Sie sagen, die Versicherungen werden nicht mehr bereit sein, diese Verluste einzutreiben, wenn sie dabei nicht 100 Prozent behalten können. Ich denke, die Versicherungen haben sehr wohl ein Interesse, hier Ordnung zu schaffen, eben genau um diesen Unterschied zwischen jenen, die nicht zahlen können, und jenen, die nicht zahlen wollen, zu machen. In diesem Sinne bitte ich Sie, die Mehrheit zu unterstützen und damit der Kommission des Nationalrates, dem Ständerat und dem Bundesrat zu folgen.

Ruey Claude (RL, VD): Comme vous m'interpellez, je suis bien obligé de vous poser une question. Connaissez-vous beaucoup de gens qui vont requérir une poursuite et une continuation de poursuite en sachant que cela leur coûtera plus cher que ce que cela va leur rapporter? Pensez-vous qu'il serait intelligent de dépenser de l'argent pour ne pas recevoir la créance que l'on aimerait encaisser et par conséquent pour surenchérir les coûts à la charge de l'ensemble des assurés? Cela me paraît un peu curieux!

Fehr Jacqueline (S, ZH): Nein, das ist nicht seltsam. Aber, Herr Ruey, seltsam ist, dass Sie als Verbandsvertreter hier aktiv gegen einen Kompromiss antreten, den Ihr Verband ausgearbeitet hat und hinter dem Ihr Verband mehrheitlich steht.

Präsidentin (Bruderer Wyss Pascale, Präsidentin): Herr Ruey möchte eine persönliche Erklärung abgeben.

Ruey Claude (RL, VD): Tous ceux qui me connaissent savent que je travaille sans ordre, sans consigne, de manière indépendante, et que je défends ce qui me paraît juste selon les principes pour lesquels j'ai été élu. Je ne suis pas là, chère collègue, comme représentant de quelque association que ce soit. J'étudie les dossiers. Comme je l'ai d'ailleurs indiqué en commission, dans un premier temps, cette solution m'avait paru bonne; j'ai ensuite vu que dans la réalité pratique elle était mauvaise. Et ne venez pas me dire que je suis là comme représentant de quelque association que ce soit, puisqu'en réalité je me détermine totalement indépendamment et librement.

Voilà de quoi il s'agit, et de rien d'autre. Je suis navré, mais je continuerai à travailler ainsi dans cette assemblée!

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Il s'agit là d'un projet typique de partenariat. Il faudra apprendre à nouveau que, même si l'on représente ici l'un ou l'autre des intérêts, il n'est pas interdit qu'ils se retrouvent en fin de compte et qu'il est bon qu'ils s'expriment. Encore une fois, à un moment donné, il faut trouver la solution commune et, dans ce cas-là, elle a été trouvée.

Le Conseil fédéral vous propose de vous en tenir au projet de base de votre commission – qui était bon – et de ne pas vous en écarter.

Sur cette question, permettez-moi de dire également que, bien que l'enjeu en francs ne soit pas si important parce que peu d'argent entre, on peut se demander s'il ne serait pas dans l'intérêt même des assureurs de marquer clairement leur volonté de partager. Les cantons, comme cela a été indiqué, prennent à leur charge une participation à hauteur de 85 pour cent des créances, et de leur côté les assureurs se lancent dans les opérations pour retrouver un peu d'argent. Ensuite, ils partagent ce qu'ils retrouvent avec le partenaire principal, c'est-à-dire les cantons. Ce projet est équilibré; il ne doit pas être modifié, parce qu'il serait alors déséquilibré.

Nous vous demandons donc de soutenir clairement la proposition de la majorité de la commission à cet alinéa, comme d'ailleurs aux dispositions suivantes. Nous y reviendrons tout à l'heure.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Mit der neuen Regelung von Artikel 64a verzichten die Versicherer künftig auf die Leistungsleistungen und können im Gegenzug ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen bei den Kantonen geltend machen. Die Kantone bezahlen den Krankenversicherern 85 Prozent der ausstehenden Beträge.

Es geht nun in Absatz 5 von Artikel 64a um die Frage, wie die Einnahmen aufgeteilt werden sollen, wenn die versicherte Person ihre Schuld gegenüber dem Versicherer vollständig oder teilweise begleicht, nachdem der



Kanton bereits 85 Prozent aller ausstehenden Prämien und Eintreibungskosten bezahlt hat. Die Kommissionsminderheit will den ganzen Betrag dem Versicherer belassen. Die Kommissionsmehrheit hingegen ist mit dem Ständerat der Ansicht, dass der Kanton bzw. die Steuerzahlerinnen und Steuerzahler die Hälfte zurückbekommen sollen, wenn der Versicherer vom säumigen Schuldner die ausstehenden Beträge eintreiben kann, nachdem er ja 85 Prozent der ursprünglich ausstehenden Summe vom Kanton erhalten hat. Es ist auch der Kommissionsmehrheit klar, dass bei den Krankenversicherern administrative Kosten anfallen. Deshalb werden ja auch nicht 85 Prozent zurückverlangt, sondern 50 Prozent des Betrages. Die Kommissionsmehrheit erachtet diese Lösung, wie sie der Ständerat beschlossen hat, als ausgewogen; sie erachtet es als sachlich richtig, dass auch Steuerzahler profitieren, wenn die ausstehenden Beträge eingetrieben werden können.

AB 2010 N 47 / BO 2010 N 47

Mit 12 zu 11 Stimmen fiel der Kommissionsentscheid allerdings knapp aus. Im Namen dieser knappen Mehrheit bitte ich Sie aber, der Kommissionsmehrheit und dem Ständerat zu folgen.

Rossini Stéphane (S, VS), pour la commission: L'histoire de cette révision débute par un problème important, à savoir la suspension de la prise en charge des coûts des prestations d'assurance-maladie pour près de 200 000 personnes. Dans cette discussion, nous avons tenté de soutenir et de porter dans le cadre du travail de la commission l'accord qui avait été trouvé entre la Confédération, les cantons et en partie les assureurs. L'élément qui fait l'objet de la discussion d'aujourd'hui a été, si vous vous en souvenez, introduit par une proposition individuelle Triponez lors du premier débat dans ce même conseil.

Votre commission, dans la discussion menée après le traitement par le Conseil des Etats qui est revenu à la solution présentée dans le projet initial de la commission, a réaffirmé, par 12 voix contre 11, son soutien à la pratique selon laquelle s'il y a remboursement, 50 pour cent du montant versé par l'assuré est reversé au canton. D'une part, la majorité de la commission n'a pas été convaincue par l'argument qui a été évoqué et défendu par Messieurs Triponez et Ruey concernant la part, faible, récupérée par les assureurs. Selon eux, le niveau faible de cette part peut justement décourager les assureurs d'entreprendre des démarches de récupération. D'autre part, comme l'a d'ailleurs rappelé Monsieur le conseiller fédéral Burkhalter, la majorité de la commission considère que c'est aussi une question de principe que d'agir pour récupérer ces montants. Mais ce qui est important, c'est de rappeler que cet élément doit être mis en lien avec ce que nous avons décidé, à savoir que les cantons paieront 85 pour cent des créances arriérées aux assureurs, pour éviter le problème majeur qui est au centre de nos discussions, à savoir l'exclusion d'un certain nombre de personnes de la couverture d'assurance-maladie avec la suspension des prestations. Nous voulons régler ce problème. Aujourd'hui, si les cantons paient 85 pour cent, nous pouvons considérer comme équilibré le fait que, lorsqu'il y a récupération, les assureurs leur reversent 50 pour cent du montant récupéré. C'est ici une question d'équilibre. Le Conseil des Etats, à l'unanimité, a soutenu cette version.

Pour trouver une solution rapide et positive, il faut que notre conseil suive la majorité – majorité certes courte, mais majorité tout de même – de la commission.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.425/3510)

Für den Antrag der Minderheit ... 87 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 82 Stimmen

Abs. 6bis – Al. 6bis

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Ich bitte Sie, hier dem Ständerat zu folgen. Wir haben ja in der ersten Lesung in dieser Frage das sogenannte Thurgauer Modell ins Gesetz aufgenommen. Der Ständerat hat diesem Anliegen grundsätzlich entsprochen, hat es leicht modifiziert, aber in der von uns angegebenen Richtung aufgenommen. Worum geht es? Personen, die ihrer Pflicht des Prämienzahlens nicht nachkommen, obwohl sie materiell dazu in der Lage wären, sind mit einem Leistungsaufschub zu versehen. Der Kanton kann diesem Artikel entsprechen, er muss es aber nicht. Das ist hier die Botschaft: Dem Kanton soll die Möglichkeit gegeben werden, gegenüber säumigen Prämienzahlern entsprechende Massnahmen zu treffen.

Es gibt zwei Gründe, der Minderheit zu folgen. Erstens ist dieses Modell, wie ich bereits gesagt habe, ein Modell, das funktioniert. Es gibt meines Erachtens keinen Grund, über Gesetzeskorrekturen so etwas praktisch zu verbieten, was mit dem Entscheid der Kommissionsmehrheit meines Erachtens der Fall wäre; also kein Verbot, man soll es den Kantonen überlassen.



Zweitens müssen wir – das ist etwas Grundsätzliches – davon abkommen, solch gleichgültiges Verhalten, missbräuchliches Verhalten einfach mehr oder weniger hinzunehmen und zu tolerieren, ohne dagegen besondere Massnahmen zu ergreifen. Man kann nun sagen, es handle sich hier um Personen, die finanziell möglicherweise nicht in der Lage sind, die Prämien zu bezahlen. Dem ist aber nicht so. Ich zitiere aus einem Schreiben des Thurgauer Gesundheitsdirektors an das BSV, in dem er dieses System erklärt. Er schreibt: "Die Regel bilden Personen, die über ihre Verhältnisse leben und anstelle der Krankenkassenprämien andere Forderungen begleichen, zum Beispiel Leasingraten für das Auto und andere Konsumgüter." Das ist die Situation, die wir hier vorfinden. Dieser Mentalität, so meinen wir von der Minderheit, ist ein Riegel vorzuschieben. Wenn man schon eine Versicherungspflicht hat, gilt es, sie durchzusetzen. Ich bitte Sie, der Minderheit zuzustimmen.

Weibel Thomas (CEg, ZH): Der Minderheitsantrag ermöglicht es den Kantonen, wie Kollege Bortoluzzi ausgeführt hat, das sogenannte Thurgauer Modell zu übernehmen. So viel vorweg: Das Modell wird seit Anfang 2008 angewendet, und es hat sich in der Praxis bewährt. Was aus unserer Sicht besonders wichtig ist: Es zeigt Wirkung.

Der Kanton Thurgau hat ein Listensystem eingerichtet, um die zahlungsfähigen Versicherten dazu zu bringen, ihre Krankenkassenprämien innert der gesetzlichen Frist zu bezahlen. Dieses System erfasst die Versicherten, bei denen aufgrund von Prämienausständen oder ausstehenden Kostenbeteiligungen die Übernahme der Kosten für die Leistungen aufgeschoben wurde. Die besagte Liste ist in einer Datenbank erfasst, deren Zugriff auf die Leistungserbringer, die Gemeinden und den Kanton beschränkt ist. Die Hauptkonsequenz für die auf dieser Liste erfassten Versicherten ist, dass sie grundsätzlich nur noch ein Recht auf medizinische Notfallversorgung haben. Der Entscheid darüber, ob eine Notfallbehandlung vorliegt, obliegt allein dem Arzt oder der Ärztin. Das Arztgeheimnis bleibt gewahrt und wird nicht verletzt. Bei diesem System ist es Aufgabe der Gemeinde, die Gründe für den Aufschub der Kostenübernahme festzuhalten und zu berücksichtigen, ob es sich um Sozialhilfebezüger oder um Drückeberger handelt.

Das System wurde zusammen mit dem Datenschutzbeauftragten erarbeitet, und es bietet keine Probleme. Dank diesem Modell kann die öffentliche Hand, je nach Grund der Ausstände, rasch und kostengünstig vorgehen. Seit das System in Kraft ist, hat der Kanton Thurgau weder bei der Errichtung der Liste noch beim Aktualisieren der Daten schwerwiegende Mängel festgestellt. Der Nationalrat hat dem Thurgauer Modell bereits einmal zugestimmt.

Aus Sicht der Mehrheit der CVP/EVP/glp-Fraktion handelt es sich um eine geeignete und zumutbare Lösung für ein anerkanntes Problem. Sie wird mehrheitlich der Minderheit zustimmen.

Prelicz-Huber Katharina (G, ZH): Ich möchte Sie an Folgendes erinnern: Der Hauptgrund für die Revision von Artikel 64a KVG waren die unhaltbaren Zustände betreffend Leistungssperren für die Versicherten. Die erhoffte Wirkung ist nicht eingetreten. Man glaubte nämlich, mit einem Leistungsstopp werde dann die Bezahlung der Krankenkassenprämien erfolgen. Es ist aber leider anders. Die Leute zahlen ihre Krankenkassenprämien auch nicht bei einem Leistungsstopp.

Etwa 150 000 Personen in der Schweiz sind heute von einem Leistungsstopp betroffen. Die Tendenz ist sogar leider steigend, gerade in der heutigen Krise. Auch wenn es vorhin seitens Herrn Bortoluzzis anders getönt hat, ist die Realität so, dass die meisten Personen, welche die Krankenkassenprämien nicht bezahlen, zahlungsunfähig sind. Es sind von Armut Betroffene. Es gibt halt nicht nur zwei Sorten von Menschen, nämlich diejenigen, die gut verdienen, und diejenigen, die Sozialhilfe haben – es ist die absolute Minderheit,

AB 2010 N 48 / BO 2010 N 48

die Sozialhilfe hat –, sondern es gibt noch einen grossen Teil von Personen, die von Armut betroffen sind, aber kein Recht auf Sozialhilfe haben. In der Stadt Zürich beispielsweise leben etwa 30 Prozent an der Armutsgrenze, und nur ein kleiner Teil hat Anrecht auf Sozialhilfe.

Wir haben jetzt endlich, nach monatelangen Verhandlungen mit Santésuisse und GDK, eine Lösung ohne Leistungsstopp gefunden. Der Antrag der Minderheit bringt uns eigentlich wieder an den Punkt null. Wieder ist die Leistungssperre, die wir eben eliminieren wollten, mit drin und diesmal sogar noch verschärft mit einer schwarzen Liste für säumige Zahler und Zahlerinnen. Der Minderheitsantrag torpediert eigentlich den Gesetzentwurf und macht ihn zur Farce, bzw. er bringt eine vortreffliche Lösung für die Versicherungen. Die haben nämlich gedeckte Ausstände dank der Bezahlung durch die Kantone, aber keine Lösung für die Versicherten bzw. eine Beibehalt des Status quo: wieder Leistungssperre und Nothilfe.

Nothilfe heisst beispielsweise Folgendes, ich erzähle einen ganz aktuellen Fall: Ein Aids-Patient, der wegen



seiner Krankheit unregelmässig arbeitet, aber keine Sozialhilfe bezieht, zahlt die Krankenkassenprämien nur unregelmässig. Er hat eine Leistungssperre erhalten, erhält deshalb seine lebensnotwendigen Aids-Medikamente nicht mehr; Begründung seitens des Arztes: Das sei eben keine Nothilfe. Der Gesundheitszustand hat sich innert Wochen massiv verschlechtert, und der Patient weiss nicht, ob er dieses Jahr noch überleben wird. Die Grünen wollen klar keinen Leistungsaufschub. Er hat nicht funktioniert, hat nicht zur Lösung beigetragen, ist unmenschlich und wider die Grundidee des KVG, dass im Krankheitsfall alle versichert sind. Wir sagen deshalb Nein zur Minderheit und bitten Sie, die Mehrheit zu unterstützen.

Cassis Ignazio (RL, TI): Ce projet émane de l'initiative parlementaire Bortoluzzi 09.406 et il a été préparé par la commission. Il s'agit de prévoir une possibilité – je le répète, une possibilité – pour le canton qui le désire de dresser une liste des mauvais payeurs sous forme informatisée, une liste dans une base de données à laquelle auraient accès les fournisseurs de prestations, les assureurs, les cantons et les personnes autorisées. Il ne s'agit pas d'une liste publique mais d'une liste protégée.

Pourquoi une liste? Parce qu'on sait que dans la situation actuelle, il y a des assurés solvables qui ne paient pas leurs primes d'assurance-maladie. De toute manière, personne ne le saura et il n'y aura pas de conséquence puisque, comme on vient de le voir, le canton va prendre en charge les coûts des traitements. Donc il s'agit, à l'alinéa 6bis, de donner la possibilité – je le répète, la possibilité, il ne s'agit pas d'une obligation – à un canton qui le désire d'établir une telle liste. Le canton de Thurgovie le fait déjà: il le fait avec succès, il est content de son instrument, il faut qu'il puisse continuer à le faire. Il s'agit de donner cette possibilité qui est une incitation, un moyen de pression pour faire payer les primes aux gens qui peuvent les payer mais qui ont décidé de ne pas les payer.

Nous ne voyons donc pas cette possibilité comme étant en contradiction avec le reste de l'initiative de la commission, mais en complément de celle-ci.

C'est pour cette raison que le groupe libéral-radical vous invite à soutenir la proposition de la minorité Bortoluzzi.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Es geht hier eigentlich noch einmal um einen Kernpunkt der Revision. Es geht hier um die Frage der Kohärenz, und es geht hier um die Frage, was wir eigentlich wollen. Mit diesem Absatz führen wir nämlich gerade das wieder ein, was wir mit diesem Gesetz eigentlich abschaffen wollen, nämlich den Leistungsaufschub, die Leistungssistierung. Es ist denn auch kein Wunder, dass alle relevanten Kräfte uns davor warnen, diesen Absatz aufzunehmen, und uns empfehlen, der Mehrheit zu folgen und diesen Absatz zu streichen. Es ist ja tatsächlich absurd, wenn man im vorderen Teil des Gesetzes Bestimmungen findet, um das Problem zu lösen, nämlich den Leistungsaufschub überflüssig zu machen, nicht mehr anzuwenden, und dann im hinteren Teil diesen Leistungsaufschub wieder einführt. Sicher, es geht auch um die Frage dieser Liste und der Möglichkeit, ob Kantone diese Liste führen können, aber letztlich ist das ein Nebenschauplatz. Die Kantone können, wenn das unbedingt sein muss, solche Listen führen, was ja das aktuelle Beispiel mit dem Kanton Thurgau zeigt. Sie brauchen dazu keine Gesetzesgrundlage, und insofern ist diese Frage, ob Liste oder nicht Liste und wie diese Liste sein soll, letztlich ein Nebenpunkt.

Es geht hier bei diesem Absatz darum, ob die Möglichkeit des Leistungsaufschubs wieder eingeführt werden soll. Da wir das nicht wollen, da wir nämlich die Arbeiten aufgenommen haben, um diesen Leistungsaufschub unnötig zu machen, sind wir auch der Meinung, dass wir jetzt der Mehrheit folgen müssen, dass wir hier kohärent sein müssen und dass wir damit eben der ursprünglichen Lösung zustimmen müssen.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Est-ce que cet alinéa s'intègre ou non dans cette révision? C'est un projet du Parlement et non du Conseil fédéral, mais à notre sens, cet alinéa 6bis s'intègre mal. C'est un corps étranger, et ça le resterait même avec tous les efforts d'intégration qu'on pourrait faire, parce qu'il s'agit ici du maintien de la suspension de la prise en charge des prestations pour ces assurés, et c'est le contraire même du but de cette modification de la loi. Si vous suivez la minorité, vous décidez de faire une brèche dans la logique qu'a voulue votre conseil par le biais de son initiative parlementaire; vous faites également une brèche dans ce qui a été décidé dans le cadre des discussions entre les différents partenaires.

La présente révision est précisément justifiée par le fait que la suspension de la prise en charge des coûts des prestations a entraîné divers problèmes d'application, notamment la difficulté de différencier au stade de la réquisition de poursuite les personnes solvables des personnes insolubles et, d'autre part, le fait que les fournisseurs de prestations ne sont finalement pas payés. Les fournisseurs de prestations, en cas de suspension de la prise en charge des prestations, ne sont en effet très souvent pas payés pour les soins fournis et accumulent les contentieux avec les patients dont la prise en charge des prestations a été suspendue.

La suppression de la suspension a été voulue par les cantons et par les assureurs. En contrepartie de cette



suppression, les cantons prennent donc en charge 85 pour cent des créances qui relèvent de l'assurance obligatoire des soins pour lesquelles un acte de défaut de biens a été délivré. La distinction entre un débiteur qui ne peut pas et un débiteur qui ne veut pas régler les primes se trouve dans la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite. A défaut, si l'on fait autrement, il y a un risque d'arbitraire dans le traitement des personnes par un canton, mais également dans la façon d'appliquer le système entre les cantons.

Par ailleurs, la notion de prestations relevant de la médecine d'urgence, qui se trouve dans le texte du Conseil des Etats et que la minorité Bortoluzzi propose de reprendre, est une notion qui n'est pas définie par la loi. Il existe là un risque important d'inégalité de traitement des patients selon l'interprétation donnée à cette notion par les différents fournisseurs de prestations. Tous les assurés sans exception doivent bénéficier d'un droit d'accès aux soins qui relève de l'assurance obligatoire des soins. Si on limite aux soins d'urgence, on contrevient en fait à ce principe, qui est un principe de base ancré dans la LAMal. C'est encore une des raisons qui pousse le Conseil fédéral à vous proposer de suivre la majorité et de biffer cet alinéa 6bis.

Nous vous demandons donc, pour rester dans la logique de cette révision et également pour en préserver l'esprit, de bien vouloir en rester au projet de base. Cette révision était souhaitée par les différents partenaires, qui la considéraient comme très importante. C'est un bon projet qui, encore une fois, avait fait l'objet d'un compromis positif.

AB 2010 N 49 / BO 2010 N 49

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Dieser Absatz 6bis wurde in der Debatte vom 24. September 2009 auf einen Einzelantrag Bortoluzzi hin mit 109 zu 58 Stimmen ins Gesetz aufgenommen. Der Ständerat hat die nationalrätliche Version leicht modifiziert. Die Idee bleibt aber die gleiche: Die Kantone sollen säumige Zahler, welche trotz Betreibung die Prämien nicht bezahlen, erfassen und die Möglichkeit bekommen, bei diesen säumigen Zahlern direkt zu intervenieren und sie noch einmal zur Zahlung anzuhalten. Es ist keine Verpflichtung der Kantone. Jeder Kanton kann selber entscheiden, ob er eine Liste will oder wer auf eine solche Liste kommt. Anvisiert ist hier nicht der Zahlungsunfähige, sondern der Zahlungsunwillige. Im Kanton Thurgau wird diese Lösung praktiziert, und wir haben sowohl im Ständerat wie im Nationalrat je einen gleichlautenden Vorstoss unter dem Begriff "Thurgauer Modell" hängig.

Die SGK hat mit knappem Resultat – mit 11 zu 11 Stimmen bei 2 Enthaltungen und mit Stichentscheid der Präsidentin – entschieden, Absatz 6bis zu streichen. Es wurden generelle Vorbehalte gegen Listen vorgebracht, und zudem wird befürchtet, dass eine solche Liste mit Meldung, Aktualisierung, Kontrolle und der Datenschutzproblematik zu viel Aufwand auslösen würde. Im Weiteren wird bezweifelt, ob das Thurgauer Modell auf die ganze Schweiz übertragbar ist.

Der Kommissionsentscheid war mit Stichentscheid der Präsidentin knapp. Im Namen dieser knappen Kommissionsmehrheit bitte ich Sie, ihrem Antrag zu folgen und Absatz 6bis zu streichen.

Rossini Stéphane (S, VS), pour la commission: Avec sa proposition de minorité, Monsieur Bortoluzzi insiste dans une voie qui paraît contradictoire à la majorité de la commission. Soit on introduit le modèle thurgovien défendu par Monsieur Bortoluzzi, soit on poursuit dans la voie consensuelle qui a été trouvée dans le cadre de la modification de loi que nous discutons. Il est inadéquat et impropre de lier ces deux éléments. Monsieur le conseiller fédéral Burkhalter a parlé de corps étranger et je pense que, comme l'a fait la majorité de la commission, nous devons choisir une version ou l'autre.

Aujourd'hui, le modèle thurgovien présenté par Monsieur Bortoluzzi peut exister. Les cantons peuvent l'introduire puisque le canton de Thurgovie l'a introduit. Il n'y a donc pas besoin de modifier la loi pour introduire cet élément. Contrairement aux affirmations de Monsieur Cassis, on peut le faire. Mais cela a des conséquences, car on ne peut pas dire que l'on introduit cette mesure sans qu'il y en ait; nous aussi, nous devons être conséquents lorsqu'on formule des propositions.

Deuxième remarque: le modèle crée plus de problèmes qu'il n'apporte de solutions. Durant tout le processus, comme je l'ai dit tout à l'heure, nous avons essayé de trouver une solution, entre la Confédération, les cantons et les assureurs, pour régler cette problématique de la suspension des prestations. Avec ce modèle, on ramène sur la table toute une série de nouvelles problématiques qui ont été discutées en commission, sur la base d'un rapport de l'Office fédéral de la santé publique, qui met le doigt sur un certain nombre de questions sensibles: la définition de la notion des urgences, la protection des données, la gestion de la banque de données. Par conséquent, on ne peut pas sous-estimer ces différents éléments.

Le modèle qui est proposé aujourd'hui par la minorité Bortoluzzi est un modèle qui n'est pas souhaité, ni par le département, ni par la majorité des cantons, ni par la FMH, ni par Santésuisse. Donc, je ne vois pas quel



est l'intérêt, au moment où nous devons trouver une solution finale à cette problématique, de soutenir cette proposition de minorité.

Aujourd'hui, on veut régler ici un problème, celui de la suspension des prestations et on n'a pas besoin d'utiliser cette tribune pour continuer à stigmatiser les bénéficiaires de prestations. Derrière cette pratique des listes, il faut aussi l'avouer, il y a une dynamique très claire de stigmatisation des bénéficiaires de prestations. Nous devons être cohérents et régler le problème de manière rigoureuse. On peut le faire avec la proposition de la majorité de la commission.

Je vous invite donc à soutenir la proposition de la majorité de la commission.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.425/3511)

Für den Antrag der Minderheit ... 107 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 68 Stimmen

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Ziff. Ibis

Antrag der Kommission

Titel

Änderung bisherigen Rechts

Einleitung

Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG)

Art. 21a Titel

Auszahlung des Pauschalbetrages für die Krankenpflegeversicherung

Art. 21a Text

Der Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Artikel 10 Absatz 3 Buchstabe d ist in Abweichung von Artikel 20 ATSG direkt dem Krankenversicherer auszuführen.

Übergangsbestimmung Titel

Übergangsbestimmung der Änderung von Artikel 21a

Übergangsbestimmung Text

Die Kantone sind befugt, die Änderung von Artikel 21a erst mit der Systemänderung der Prämienverbilligung nach Artikel 65 Absatz 1 KVG anzuwenden.

Ch. Ibis

Proposition de la commission

Titre

Modification du droit en vigueur

Introduction

Loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (loi sur les prestations complémentaires; LPC)

Art. 21a titre

Versement du montant forfaitaire de l'assurance-maladie

Art. 21a texte

Par dérogation à l'article 20 LPGA, le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins selon l'article 10 alinéa 3 lettre d est versé directement à l'assureur-maladie.

Disposition transitoire titre

Disposition transitoire de la modification de l'article 21a

Disposition transitoire texte

Les cantons sont autorisés à appliquer la modification de l'article 21a seulement à compter de l'entrée en vigueur du changement de système de la réduction des primes selon l'article 65 alinéa 1 LAMal.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Wir haben hier zwar keinen Minderheitsantrag, aber eine neue Bestimmung, welche kurz zu erläutern ist: Es geht um Personen, welche Anspruch auf Ergänzungsleistungen haben; heute wird bei ihnen die kantonale Durchschnittsprämie bei der Ergänzungsleistungsberechnung als



Ausgabe angerechnet. Die Prämienverbilligung wird ihnen in der Regel direkt mit der Ergänzungsleistung ausbezahlt, sodass sie mit diesem Geld die Prämie selbst bezahlen können. Der Ständerat hat bei der Beratung der Vorlage bemerkt, dass es bei der allgemeinen Einführung der Auszahlung der Prämienverbilligung direkt an die Versicherten auch eine explizite Regelung für die Ergänzungsleistungen braucht. Auch hier ist die kantonale Praxis sehr unterschiedlich, weshalb es sinnvoll ist, bezüglich der Ergänzungsleistungen eine einheitliche Regelung auf Bundesstufe zu schaffen.

Die Verwaltung hat gemeinsam mit den kantonalen Ergänzungsleistungs-Durchführungsstellen einen Vorschlag ausgearbeitet, welcher vor Ihnen liegt und von der einstimmigen

AB 2010 N 50 / BO 2010 N 50

SGK zur Annahme empfohlen wird. Materiell wird bezüglich des Ergänzungsleistungsanspruchs nichts geändert. Wie heute haben die Personen weiterhin Anspruch auf die kantonale Durchschnittsprämie. Diese wird aber künftig nicht mehr der versicherten Person, sondern dem Krankenversicherer ausbezahlt. Auch was die Finanzierung der Prämienverbilligung betrifft, wird nichts geändert. Die Durchschnittsprämie, wie sie heute den Ergänzungsleistungsbezügern ausbezahlt wird, wird nicht über Bundesmittel finanziert, sondern bei der Abrechnung den Kantonen belastet, da es bei der Prämienverbilligung um eine kantonale Angelegenheit geht. Am Grundsatz soll also auch die Direktauszahlung der Prämienverbilligung nichts ändern. Es handelt sich da um eine pragmatische Lösung, welche in Kongruenz zum neuen Artikel 85 Absatz 1 steht, der die Auszahlung der Prämienverbilligung über die Krankenversicherer abzuwickeln vorsieht und für alle Anspruchsberechtigten gleich regelt.

Rossini Stéphane (S, VS), pour la commission: Brièvement, en français, je m'exprime sur la modification de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI. Le règlement de la question de la suspension des primes et son traitement ont abouti à une modification de la pratique en ce qui concerne la réduction des primes, puisque nous avons introduit le principe du versement des subventions directement aux assureurs-maladie pour éviter des "détournements d'affectation", c'est-à-dire que les gens encaissent la subvention pour réduire les primes et qu'ensuite ils ne paient pas leurs primes.

Dans le cadre de cet aménagement législatif, il s'agit simplement d'adapter la loi sur les prestations complémentaires pour pouvoir lui appliquer les mêmes principes que dans la loi sur l'assurance-maladie.

Cette harmonisation a été acceptée à l'unanimité par la commission.

Angenommen – Adopté