



16.312

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

**Initiative cantonale Thurgovie.
Exécution de l'obligation
de payer les primes.
Modification de l'article 64a
de la loi fédérale
sur l'assurance-maladie**

Erstrat – Premier Conseil

CHRONOLOGIE

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 03.06.20 (FRIST - DÉLAI)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 07.06.21 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

Rechsteiner Paul (S, SG), für die Kommission: Manche Standesinitiativen, die wir hier jeweils behandeln, geniessen nicht den höchsten Stellenwert. Die Standesinitiative Thurgau ist da aber eine Ausnahme. Sie wird nicht nur durch den Gesetzentwurf, den wir heute behandeln, vollständig umgesetzt. Vielmehr geht der Gesetzentwurf noch weit über das ursprüngliche Anliegen hinaus. Die Standesinitiative Thurgau war für die Kommission nämlich der Anlass, die verschiedenen Probleme, die sich im Zusammenhang mit der Gesetzesbestimmung über die Folgen der Nichtbezahlung der Prämien und der Kostenbeteiligung ergeben, gerade integral anzugehen.

Artikel 64a des Krankenversicherungsgesetzes, um den es hier geht, wurde nach kontroversen Debatten im Jahre 2010 eingeführt. Verschiedene Anträge, die ihn geprägt haben, wurden erst im Plenum der Räte gestellt, und das gab nachher in der Anwendung dieser Bestimmung immer wieder zu grossen Diskussionen Anlass. Die Kommission hat sich die Arbeit nicht leichtgemacht. Seit 2018 befasste sie sich wiederholt mit dem Thema, wobei sie sich immer auf die qualifizierte Arbeit der Verwaltung verlassen durfte. Auch die Kantone, sprich die GDK, und die Verbände der Versicherer sind einbezogen worden. Nach der Vernehmlassung ist die Vorlage noch einmal überarbeitet und optimiert worden. Kontrovers blieb letztlich eine einzige Frage, jene der sogenannten schwarzen Listen oder der Listen der säumigen Prämienzahlerinnen und Prämienzahler. Abgesehen von dieser Frage, die ich in der Detailberatung dann speziell behandeln werde, empfiehlt Ihnen die Kommission einstimmig Eintreten und Verabschiedung der Vorlage.

Ich gehe die Themenbereiche im Rahmen des Eintretens kurz durch:

Erstens will die Vorlage, der Initiative des Kantons Thurgau folgend, den Kantonen die Möglichkeit eröffnen, die Verlustscheine zur Bewirtschaftung selber zu übernehmen. Voraussetzung dafür ist, dass die Kantone den Krankenversicherern die Forderung zu 90 Prozent vergüten anstatt nur zu 85 Prozent wie nach heutigem Recht, dies verbunden mit der Rückerstattung von 50 Prozent des Erlöses nach erfolgreichem Inkasso.

Zweitens will die Vorlage den Missstand beheben, dass nach dem geltenden Recht Kinder für die von den Eltern nicht bezahlten Prämien belangt werden können und schlimmstenfalls mit einem Schuldenberg in die Volljährigkeit starten müssen. Nach dem, was wir Ihnen vorschlagen, dürfen die Leistungen des KVG minderjährigen Personen auf keinen Fall vorenthalten werden. Ausgelöst hatte die Revision in diesem Punkt Nationalrat Angelo Barrile mit der Motion 19.4290, die von beiden Räten angenommen wurde. Die gegenteilige Praxis





verschiedener Kantone verstösst bzw. versties gegen die Kinderrechtskonvention.

Drittens beschränkt der Gesetzentwurf die Anzahl der Betreibungen pro Jahr auf zwei. Damit soll verhindert werden, dass die Inkasso- und Betreibungskosten die Höhe der offenen Prämienforderungen am Schluss noch übersteigen. Das ist heute die Gefahr und verschlimmert die Lage der Betroffenen unverhältnismässig. Gemildert wird der Antrag nach der Stellungnahme des Bundesrates dadurch, dass Betreibungen für frühere Forderungen, die zu einem Verlustschein geführt haben, in diese Höchstzahl nicht mit einbezogen werden.

Viertens hat sich die Kommission, wie gesagt, intensiv mit den Listen der säumigen Prämienzahlerinnen und Prämienzahler, den sogenannten schwarzen Listen, beschäftigt. In die Vernehmlassung geschickt wurde die Vorlage in einer Fassung, die diese Listen abgeschafft hätte. Eine Minderheit wollte die Möglichkeit solcher Listen beibehalten, aber den Begriff der Notfallbehandlung national regeln.

Nach der Vernehmlassung wechselten die Mehrheiten in der Kommission: Die seinerzeitige Minderheit wurde zur Mehrheit, die Mehrheit zur heutigen Minderheit.

Der Bundesrat spricht sich für die Abschaffung der Listen aus. Die Kommission verzichtete aber mit Blick darauf, dass die Debatte schon verschiedentlich ausführlich geführt worden ist, auf ein Rückkommen, weil diese umstrittene Frage ohnehin im Plenum entschieden wird. Ich werde zu dieser Frage in der Detailberatung nähere Ausführungen machen.

Fünftens sieht der Entwurf vor, säumige Prämienzahlerinnen und Prämienzahler, die trotz Betreibung nicht zahlen, in einer besonderen Form mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zu versichern, was Kosteneinsparungen bis zu 20 Prozent erlauben sollte.

Sechstens soll der Bundesrat schliesslich ermächtigt werden, Bestimmungen über die Bemessung von Gebühren zu erlassen, was auch zu Kosteneinsparungen führen sollte.

Insgesamt geht es bei den Zahlungsausständen gemäss Artikel 64a KVG um erhebliche Summen, die Sie aufgeschlüsselt pro Kanton im erläuternden Bericht der Kommission abgebildet sehen. Von 2012 bis 2019 haben die Kantone den Versicherern auf der Basis einer Vergütung von 85 Prozent fast 2,5 Milliarden Franken bezahlt. Das sind sowohl für die Kantone wie auch für die Versicherer enorme Summen. Doch die Beträge, um die es hier geht, spiegeln auch die drückende Prämienlast für die Versicherten und die Problematik, dass diese durch die Prämienverbilligungen nur beschränkt aufgefangen wird. Das ist aber ein ganz anderes politisches Kapitel, mit dem wir uns demnächst im Zusammenhang mit einer anderen Vorlage beschäftigen werden.

Insgesamt bitte ich Sie namens der einstimmigen Kommission, auf die Vorlage einzutreten und ihr – nach dem Entscheid über die einzige kontroverse Frage – nachher in der Gesamtabstimmung zuzustimmen.

Stark Jakob (V, TG): Eine Versicherung funktioniert ja so: Die versicherte Person bezahlt eine Prämie und erhält dafür beim Eintretenfall die vereinbarte Leistung. Bei der Krankenversicherung ist das anders. Die versicherte Person erhält die vereinbarte Leistung auch dann, wenn sie die Prämie nicht bezahlt hat. Damit die Versicherer damit nicht übermässig belastet werden, müssen ihnen die Kantone 85 Prozent der ausstehenden Forderung bezahlen, sobald nach erfolglosen Betreibungen ein Verlustschein ausgestellt worden ist. Dadurch sinkt die Motivation der Versicherer, die Forderung weiterhin geltend zu machen. Dies zeigt sich in entsprechend tiefen Rückerstattungen an die Kantone, die zudem nur 50 Prozent der gesamten Forderung zurückerhalten.

Der Kanton Thurgau hat deshalb im Jahre 2016 eine Standesinitiative eingereicht und verlangt, dass die Verlustscheine an die Kantone abgetreten werden, wenn diese 90 Prozent der Forderung übernehmen.

Es ist erfreulich, dass die SGK-S zusammen mit dem Bundesrat jetzt die entsprechende Änderung des KVG vorschlägt. Denn es ist so, wie es der Bundesrat in seiner Stellungnahme schreibt: "Da die Kantone über die Steuerdaten der Versicherten verfügen, können sie besser als die

AB 2021 S 489 / BO 2021 E 489

Versicherer beurteilen, bei welchen Versicherten und zu welchem Zeitpunkt eine erneute Betreibung angezeigt ist." Zudem sind sie auch motivierter als die Versicherer, weil sie die Hauptlast der nicht bezahlten Prämien zu tragen haben.

Die Ironie der Geschichte ist nun aber, dass die Minderheit der SGK-S zusammen mit dem Bundesrat die Vorlage dazu benutzen will, den Kantonen die Möglichkeit zur Führung der Listen säumiger Prämienzahler (LSP) zu verbieten, indem sie beantragt, Artikel 64a Absatz 7 KVG zu streichen. Diese Bestimmung wurde seinerzeit auch vom Kanton Thurgau angeregt und von seinen Standesvertretern eingebracht. Der Grund liegt darin, dass im Kanton Thurgau die Städte und Gemeinden für die Übernahme der nicht bezahlten Krankenkassenprämien zuständig sind.

Mehr dazu möchte ich dann in der Detailberatung ausführen. Ich danke Ihnen für Eintreten und bitte Sie dann



aber, in Bezug auf die Liste säumiger Prämienzahler der Mehrheit zuzustimmen.

Berset Alain, conseiller fédéral: Il y a plusieurs éléments qui sont compris dans ce projet élaboré sur la base de l'initiative déposée par le canton de Thurgovie. Le projet que vous avez sous les yeux répond d'abord à l'initiative du canton de Thurgovie. Il permet aux cantons de reprendre la gestion des actes de défaut de biens concernant les primes impayées, c'est une très bonne chose. D'autres questions sont réglées, liées à l'obligation de payer les primes de l'assurance-maladie. Le seul élément qui reste ouvert dans lequel il existe une divergence au sein de la commission, avec une majorité et une minorité, concerne la question des listes des assurés en retard de paiement.

J'aimerais vous inviter à entrer en matière, ce qu'a proposé le Conseil fédéral. Une bonne partie des propositions que nous avons faites ont été reprises. Je propose de m'exprimer à nouveau sur la question spécifique des listes, au nom du Conseil fédéral, lorsque vous débattrez des propositions de la majorité et de la minorité.

*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, Art. 5 Abs. 2
Antrag der Kommission: BBI

Titre et préambule, ch. I introduction, art. 5 al. 2
Proposition de la commission: FF

Angenommen – Adopté

Art. 61a
*Antrag der Kommission: BBI
Antrag des Bundesrates: BBI*

Neuer Antrag der Kommission
Abs. 1
Zustimmung zum Antrag des Bundesrates

Art. 61a
*Proposition de la commission: FF
Proposition du Conseil fédéral: FF*

Nouvelle proposition de la commission
Al. 1
Adhérer à la proposition du Conseil fédéral

Abs. 1 – Al. 1
Angenommen gemäss neuem Antrag der Kommission
Adopté selon la nouvelle proposition de la commission

Übrige Bestimmungen angenommen
Les autres dispositions sont adoptées



Art. 61b

Antrag der Kommission: BBI

Proposition de la commission: FF

Angenommen – Adopté

Art. 64 Abs. 1bis

Antrag der Kommission: BBI

Antrag des Bundesrates: BBI

Neuer Antrag der Kommission

Zustimmung zum Antrag des Bundesrates

Art. 64 al. 1bis

Proposition de la commission: FF

Proposition du Conseil fédéral: FF

Nouvelle proposition de la commission

Adhérer à la proposition du Conseil fédéral

Angenommen gemäss neuem Antrag der Kommission

Adopté selon la nouvelle proposition de la commission

Art. 64a Abs. 1bis, 2, 3bis, 4–7, 7bis-7quater, 8

Antrag der Kommission: BBI

Antrag des Bundesrates: BBI

Neuer Antrag der Mehrheit

Abs. 2, 8

Zustimmung zum Antrag des Bundesrates

Abs. 7

Gemäss Entwurf SGK-S

Neuer Antrag der Minderheit

Abs. 7

Zustimmung zum Antrag des Bundesrates

Art. 64a al. 1bis, 2, 3bis, 4–7, 7bis-7quater, 8

Proposition de la commission: FF

Proposition du Conseil fédéral: FF

Nouvelle proposition de la majorité

Al. 2, 8

Adhérer à la proposition du Conseil fédéral

Al. 7

Selon projet de la CSSS-E

Nouvelle proposition de la minorité

Al. 7

Adhérer à la proposition du Conseil fédéral

Rechsteiner Paul (S, SG), für die Kommission: Hier geht es jetzt um die umstrittene zentrale Frage bei diesem Gesetzentwurf, die Frage der Listen säumiger Prämienzahlerinnen und Prämienzahler. Ich habe jetzt gerade etwas von Kollege Stark gelernt. Er hat eine Abkürzung, nämlich "LSP", in den Saal geworfen, die mir bis jetzt nicht geläufig war – wie "PMT". Alle wissen, was PMT ist, und jetzt, nach der heutigen Debatte, vielleicht auch, was LSP ist. Umgangssprachlich sind das die sogenannten schwarzen Listen; das sind die Listen derjenigen



Versicherten, für die die Versicherer die Kostenübernahme für Leistungen, mit Ausnahme von Notfallbehandlungen, aufschieben können.

Heute führen noch sechs Kantone derartige Listen: Aargau, Luzern, Thurgau, Tessin, Zug und St. Gallen. Von den Kantonen, die eine solche Liste geführt haben, haben Graubünden – nach einem besonders tragischen Fall –, Solothurn und Schaffhausen sie inzwischen wieder abgeschafft. Mein eigener Kanton, St. Gallen, ist im Begriff, gerade während der parallel laufenden Junisession des Kantonsrates, die Liste ebenfalls abzuschaffen. Die Mehrheit Ihrer SGK ist aber der Auffassung, dass den Kantonen die Möglichkeit belassen werden soll, diese Listen

AB 2021 S 490 / BO 2021 E 490

auch in Zukunft zu führen. Ich beschränke mich in der Folge darauf, die Bestimmung gemäss Antrag der Kommissionmehrheit zu erläutern. Die Haltung der heutigen Minderheit, diese Listen abzuschaffen, wird in der Folge vom Minderheitssprecher, Kollege Dittli, und natürlich auch vom Bundesrat erläutert werden.

Eine Erläuterung der Bestimmung von Artikel 64a Absatz 7 KVG, um die es hier geht, ist insbesondere deshalb nötig, weil diese Bestimmung vor zwölf Jahren gegen die Position des damaligen Bundesrates erst in der parlamentarischen Beratung eingeführt worden war. Materialien dazu gab es kaum. Bundesrat Burkhalter, der damals noch dafür im Eidgenössischen Departement des Innern zuständig war, hatte vergeblich darauf hingewiesen, dass sich aus der Definition des medizinischen Notfalls Probleme ergeben würden.

Die Kommissionmehrheit schlägt nun vor, dass der Begriff der Notfallbehandlung auf nationaler Ebene definiert wird, weil dieser Begriff der Notfallbehandlung nicht von Kanton zu Kanton verschieden sein kann. Heute haben die Kantone Aargau und Luzern die Notfallbehandlung im kantonalen Recht definiert. Thurgau hat die Notfallbehandlung in einer departementalen Weisung umschrieben. Bei Langzeitbehandlungen entscheidet danach der Arzt, ob die anstehenden Behandlungen den Notfallbegriff erfüllen. Dies ist dann der Fall, wenn sie für die Patienten von vitaler Bedeutung sind, wie dies auf Dialysebehandlungen, onkologische Therapien, Schwangerschaftskontrollen, HIV-Kontrollen oder psychiatrische Kriseninterventionen zutrifft.

Im Kanton St. Gallen hat das Versicherungsgericht im Jahre 2018 entschieden, dass die Spitalbehandlung für eine Geburt "notwendig und unaufschiebbar" gewesen sei, weshalb der Notfallbegriff gemäss Artikel 64a KVG erfüllt sei und die Krankenkasse die Kosten von rund 2000 Franken für diese Geburt, um die es ging, übernehmen müsse. Immer dann, wenn Medizinalpersonen im Sinne des Medizinalberufegesetzes eine Beistandspflicht zukomme, so ist es in diesem Entscheid zu lesen, liege eine Notfallbehandlung im Sinne des Gesetzes vor, bei der die Krankenversicherer den Leistungserbringer schadlos halten müssten. Heute und bis zur Abschaffung der Liste entscheidet im Kanton St. Gallen ausgehend von diesem Urteil der behandelnde Leistungserbringer darüber, ob er eine Leistung als Notfallbehandlung erbringt.

Die Definition der Notfallbehandlung gemäss Kommissionmehrheit ist ausgehend von diesen Erfahrungen entwickelt worden. Die Kommission ist dabei einem Vorschlag der Verwaltung gefolgt. Die vorgeschlagene Definition lehnt sich an jene des Kantons Luzern an. Anders als heute in Luzern wird aber nicht vorausgesetzt, dass die gesundheitlichen Schäden, die jemand ohne sofortige Behandlung erleiden würde, erheblich sein müssen. Zudem wurde die Definition aufgrund der Erfahrungen mit der Pandemie ausgedehnt. Die Leistungen müssen auch dann erbracht und vom Versicherer übernommen werden, wenn die Gesundheit anderer ohne die sofortige Behandlung gefährdet wäre.

Rechtlich muss darüber hinaus festgehalten werden, dass die Bestimmung jedenfalls auch grundrechtskonform ausgelegt werden muss. Zu denken ist dabei an das Recht auf Leben gemäss Artikel 10 der Bundesverfassung – dieser Artikel garantiert unter anderem das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit –, ebenso wie an das Recht auf Hilfe in Notlagen gemäss Artikel 12 der Bundesverfassung, das auch die medizinische Grundversorgung umfasst.

Das sind die Erläuterungen, auch redaktioneller Art, zur Bestimmung in der Fassung der Kommissionmehrheit, für die ich jetzt hier gesprochen habe. Ich bin sicher, dass namentlich auch die Vertreterin und der Vertreter des Kantons Thurgau ihre Argumente noch selber darlegen werden. Ich bin Teil jener, welche die Minderheit unterstützt haben. Kollege Dittli wird das im Einzelnen begründen.

Dittli Josef (RL, UR): Das Zustandekommen der Mehrheit respektive der Minderheit zu Absatz 7 hat eine ganz besondere Geschichte hinter sich. Der Kommissionssprecher hat es kurz angedeutet, ich möchte es aber hier trotzdem noch einmal darlegen.

In der Vernehmlassungsvorlage, welche im Herbst 2019, also noch in alter Zusammensetzung der Kommission, verabschiedet wurde, hat sich eine Mehrheit der Kommission für eine Aufhebung der schwarzen Listen ausgesprochen, eine Minderheit wollte die Listen beibehalten und den Begriff "Notfallbehandlung" im KVG



definieren. Dann wurde die Vernehmlassung durchgeführt. Diese ergab dann ein klares Resultat: Nebst den Leistungserbringern und Krankenversicherern sprachen sich 19 Kantone und die GDK wie auch die damalige Kommissionsmehrheit für die Abschaffung von schwarzen Listen aus. Trotzdem hat nach der Vernehmlassungsauswertung in der Kommission – allerdings in neuer Zusammensetzung – die Mehrheit bezüglich der Führung von schwarzen Listen gewechselt. Gemäss dem vorliegenden Antrag der Mehrheit der Kommission sollen die Listen säumiger Prämienzahler also nicht aufgehoben werden, sondern die Kantone sollen im Rahmen des föderalistischen Vollzugs weiterhin solche Listen führen können, wenn sie es wünschen.

Zwischenzeitlich, also Ende April 2021, liegt nun auch die Stellungnahme des Bundesrates vor. Er spricht sich gegen die schwarzen Listen aus und unterstützt die Minderheit; Herr Bundesrat Berset wird das dann sicher auch noch erläutern.

Schauen wir doch kurz auf die Schweizer Landkarte. Wer führt denn heute noch eine schwarze Liste? Am 1. Januar 2021 waren es noch sechs Kantone: Luzern, Thurgau, Aargau, St. Gallen, Tessin und Zug. Heute sind es faktisch noch fünf Kantone, denn zwischenzeitlich hat auch der Kanton St. Gallen beschlossen, schwarze Listen abzuschaffen; der St. Galler Kantonsrat hat am 17. Februar dieses Jahres eine Motion zu deren Abschaffung gutgeheissen. Sie muss jetzt natürlich noch umgesetzt werden. Der Kanton St. Gallen kam zum Schluss, dass seine schwarze Liste das anvisierte Ziel nicht erfüllt hat.

Bereits vorher hatten drei Kantone, die schwarze Listen geführt hatten, nämlich die Kantone Graubünden, Solothurn und Schaffhausen, beschlossen, die schwarzen Listen abzuschaffen, da sie nicht die gewünschten Ergebnisse brachten. Im Kanton Graubünden führte das nicht einheitliche Verhalten der Krankenversicherer zu einer Ungleichbehandlung der säumigen Versicherten. Im Kanton Solothurn hatte die Liste gemäss eigenen Angaben keine abschreckende Wirkung, denn die Zahl der säumigen Versicherten sei seit der Einführung der Liste gar gestiegen. Der Kanton Schaffhausen hat während neun Jahren eine Liste geführt und diese per 31. Dezember 2020 aufgehoben, da sie, so hiess es, mehr Aufwand als Nutzen generiert habe. Diese schwarzen Listen sind also alles andere als eine Erfolgsgeschichte.

Welches sind denn nun die Argumente, die gegen die Möglichkeit der Führung von schwarzen Listen sprechen? Ich nenne fünf:

1. Schwarze Listen führen zu einer Ungleichbehandlung der Versicherten hinsichtlich des Zugangs zur medizinischen Versorgung. Denn wer auf dieser Liste steht, erhält nur noch medizinische Notfallbehandlungen. Damit wird die medizinische Grundversorgung von wirtschaftlich und sozial schwachen Bevölkerungsgruppen gefährdet. Es gibt nun einfach Menschen, welche Mühe haben, die Krankenkassenprämie zu bezahlen, und die vor einem Schuldenberg stehen. Die Verweigerung von medizinischen Leistungen kann schwerwiegende langfristige Folgen für die Gesundheit haben. So ist auch die Zentrale Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften der Meinung, dass ein Leistungsaufschub, insbesondere bei Minderjährigen, nicht mit den Prinzipien der Fürsorge und der Gerechtigkeit vereinbar ist.

2. Die Führung schwarzer Listen bringt zahlreiche Umsetzungsprobleme mit sich. Da Versicherte, die auf den Listen figurieren, nur noch Notfallbehandlungen erhalten dürfen, muss der Begriff der Notfallbehandlungen definiert werden. Das ist auch im Gesetzentwurf so enthalten. Eine solche Definition ist jedoch im medizinischen Alltag wenig praxistauglich und bringt nicht mehr Rechtssicherheit. Sie wurde in der Vernehmlassung denn auch heftig kritisiert.

3. Mit den Listen soll der Druck auf die Versicherten erhöht werden, die zwar zahlungsfähig, aber zahlungsunwillig sind.

AB 2021 S 491 / BO 2021 E 491

Es gibt jedoch keinen Hinweis darauf, dass das Instrument der Listen geeignet ist, dieses Ziel zu erreichen. Denn im Rahmen der Arbeiten zum Vorentwurf prüfte das BAG im Auftrag unserer Kommission, ob ein Zusammenhang zwischen der Höhe der Ausstände und der Führung einer Liste säumiger Prämienzahler besteht. Insbesondere prüfte es, ob die Kantone, die eine Liste führen, weniger für Ausstände bezahlen. Das BAG kam zum Schluss, dass die entsprechende Zunahme für diese Zeitspannen über alle Kantone mit Listen sogar höher als über alle Kantone ohne Listen gewesen sei. Ein Zusammenhang zwischen den Listen und den Ausständen kann somit nicht belegt werden.

Auch andere Analysen kamen zum Schluss, dass die Listen keine positive Wirkung zeigen. Laut deren Erkenntnissen haben Prämienausstände in den Kantonen mit schwarzen Listen gleich stark zugenommen wie in den anderen Kantonen. Dies überrascht eigentlich wenig, da Zahlungsunwillige betrieben und ihre Löhne gepfändet werden können. Auf der schwarzen Liste verbleiben somit Menschen, denen schlichtweg das Geld fehlt, um die Krankenkassenprämien zu bezahlen.

4. Die Listen bringen die Leistungserbringer in eine schwierige Situation: Sie werden vor die Wahl gestellt, säu-



mige Versicherte, die sie nicht als Notfall behandeln können, entweder abzuweisen oder vorerst unentgeltlich zu behandeln, mit dem Risiko, auf den ungedeckten Forderungen sitzenzubleiben.

5. Das Führen einer Liste der säumigen Versicherten ist mit Administration und Kosten verbunden, das wissen wir alle. Ein Nutzen jedoch kann nicht belegt werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass schwarze Listen unsozial sind, dass kein ausreichender Nutzen belegt werden kann, dass sie Umsetzungsprobleme mit sich bringen und unnötige Kosten und Administration verursachen. Eine deutliche Mehrheit der Kantone inklusive der GDK wünscht eine Abschaffung der schwarzen Listen, womit die Bedeutung des föderalistischen Arguments nicht mehr gross sein kann.

Gestützt sowohl auf die Vernehmlassungsergebnisse als auch auf die ablehnende Haltung des Bundesrates, bitte ich Sie, der Minderheit zu folgen.

Häberli-Koller Brigitte (M-E, TG): Ich bitte Sie, hier die Mehrheit zu unterstützen und den Kantonen weiterhin die Möglichkeit zu gestatten, die Liste säumiger Prämienzahler zu führen. Ihre SGK-S hat das auch klar gutgeheissen.

Am Beispiel der Stadt Frauenfeld möchte ich Ihnen zeigen, dass solche Listen säumiger Prämienzahler durchaus erfolgreich sein können. Die Stadt Frauenfeld hat rund 26 000 Einwohner. Rund 6800 Personen erhalten Prämienverbilligungen – Stand 2019. Ende 2016 waren rund 750 Personen auf der Liste säumiger Prämienzahler. Ende 2019 waren es rund 490 Personen. Mit den erfolgreichen Massnahmen erreichte die Stadt Frauenfeld innert drei Jahren eine Reduktion dieser Anzahl um 250 Personen, die ihre Prämien nicht bezahlen konnten.

Es ist der Stadt Frauenfeld ein grosses Anliegen, dass alle Einwohnerinnen und Einwohner krankenversichert sind und jene in engen finanziellen Verhältnissen die ihnen zustehenden Prämienverbilligungen erhalten. Es wird laufend informiert. Auf Wunsch werden auch ehrenamtlich tätige Personen vermittelt, die beim Ausfüllen der Steuererklärung helfen. Häufig bewegen sich Personen mit Prämienausständen in einem Teufelskreis von knappen Finanzen und administrativer Überforderung. Entsprechende Personen werden mehrfach angeschrieben, damit es zu einem persönlichen Kontakt kommt und sie motiviert werden, von sich aus die Krankenkassenausstände zu begleichen. Wenn Kooperationsbereitschaft besteht und die betroffenen Personen die aktuellen Prämien bezahlen können, werden ausstehende Krankenkassenprämien bezahlt und mit den Personen Rückzahlungsvereinbarungen getroffen. Werden die Rückzahlungen eine bestimmte Zeit umgesetzt, wird der Restbetrag in der Regel abgeschrieben; denn nur, wenn betroffene Personen befähigt und dabei unterstützt werden, ihre künftigen Prämien selber zu zahlen, ist es nachhaltig. Werden Prämienausstände bzw. Verlustscheine einfach durch die öffentliche Hand bezahlt, ohne Einfluss auf das Finanzgebaren der betroffenen Person, ist das nicht nachhaltig. Neue Ausstände sind die fast logische Folge.

Ohne Liste säumiger Prämienzahler besteht praktisch keine Handhabe und/oder Motivation, sich um die betroffenen Einwohner zu kümmern. Es handelt sich dabei in den allermeisten Fällen um Personen, die an der Armutsgrenze leben und denen nur in der Kombination von Beratung und Zahlung der Ausstände wirklich geholfen werden kann. Die Liste ist also ein soziales Frühwarnsystem, eine vorgelagerte Sozialhilfe ohne Stigmatisierung als Sozialfall. Die Liste gibt den betroffenen Menschen die Motivation, sich zu melden und staatliche Unterstützung auch anzunehmen. Auch die administrative Unterstützung wird in der Regel dankbar angenommen. Die Betroffenen sind froh, wenn sie ihre Versicherungssituation bereinigt haben.

Sie sehen, es gibt durchaus gute Beispiele. Es braucht einen gewissen Aufwand, es braucht einen gewissen Einsatz, aber der Kanton Thurgau hat sehr gute Erfahrungen mit diesem Vorgehen gemacht. Ich glaube, es ist nicht richtig, wenn wir den Kantonen, die das so durchführen und eben auch nachhaltig mit grossem Einsatz erledigen, jetzt einfach verbieten möchten, diese Listen zu führen.

Geben Sie den Kantonen doch einfach weiterhin die Möglichkeit, Ja oder Nein zu sagen, und unterstützen Sie die Mehrheit.

Carobbio Guscetti Marina (S, TI): Les listes de mauvais payeurs ou listes noires nuisent à la prise en charge médicale de premier recours des assurés de condition économique modeste. Le porte-parole de la minorité, le conseiller aux Etats Dittli, a bien expliqué les raisons de les supprimer. Je présente encore brièvement quelques éléments.

En effet, ce sont principalement des personnes à bas revenu qui figurent sur les listes noires, des personnes pour qui il peut y avoir de graves répercussions quand les soins se résument au traitement d'urgence. La notion d'urgence est très difficile à définir et même arbitraire.

Pour beaucoup de personnes, les arriérés de primes sont dus au problème des primes d'assurance-maladie et des coûts de la santé qui sont trop élevés. Le but annoncé de ces listes était d'accroître la pression sur les



assurés qui peuvent mais ne veulent pas payer leur dû. Toutefois rien n'indique jusqu'ici que le but visé serait atteint.

Sur mandat de notre commission, l'Office fédéral de la santé publique a cherché à déterminer s'il existait un rapport entre le montant des arriérés de paiement et le fait de tenir une liste des assurés ne payant pas leurs primes. Il a notamment évalué si les cantons qui avaient introduit une telle liste avaient pu réduire leurs paiements aux assureurs. Il est parvenu à la conclusion que l'augmentation moyenne des arriérés en pour cent sur différentes périodes était plus marquée dans les cantons ayant une liste que dans ceux qui n'en avaient pas, ce qui signifie qu'une corrélation entre l'existence d'une liste et le montant des arriérés n'a pas pu être prouvée.

Ce n'est donc pas au niveau des listes noires qu'il faut agir, mais plutôt avec des réductions de primes efficaces, en maîtrisant les coûts de la santé et en évitant des transferts de coûts de l'assurance-maladie vers les assurés, et non, je le répète, en établissant des listes noires.

È stato ricordato prima, in diversi interventi, che ci sono cinque cantoni, tra cui il mio, il canton Ticino, che hanno ancora delle liste nere. Per quanto riguarda il mio cantone, il governo ticinese si esprime a favore dell'abolizione di queste liste. Da quanto mi risulta, c'è pure una discussione pendente davanti al parlamento cantonale. Come è stato ricordato, diversi cantoni nel frattempo hanno giustamente abolito la possibilità di avere queste liste, anche alla luce di gravi conseguenze dal punto di vista sanitario.

Numerosi gruppi e organizzazioni si sono espressi a favore dell'abolizione di queste liste: la Commissione nazionale d'etica per la medicina umana, l'Accademia svizzera delle scienze mediche, la Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità, le organizzazioni dei medici e dei pazienti, gli assicuratori – e anche il Consiglio federale si è espresso sul rapporto della commissione. Tutte queste

AB 2021 S 492 / BO 2021 E 492

organizzazioni raccomandano di non avere delle liste degli assicurati in ritardo con i pagamenti dei premi, perché questo porterebbe a dei problemi di salute pubblica.

Non c'è infatti, come dicevo, nessuna evidenza che queste liste favoriscono il pagamento dei premi da parte degli assicurati che potrebbero permetterselo, ma per varie ragioni non lo fanno. È giunto quindi il momento di fare un progresso in questo ambito dell'assicurazione malattia. Non ci deve quindi più essere la sospensione della presa a carico delle prestazioni per gli assicurati in ritardo con il pagamento. Per contro, se manteniamo le liste nere, il rischio di avere delle conseguenze per una popolazione socialmente ed economicamente più fragile è elevato.

Vi invito a sostenere la minoranza Dittli all'articolo 64a capoverso 7.

Graf Maya (G, BL): Ich möchte Ihnen gerne beantragen, hier der Kommissionsminderheit zu folgen. Wie wir gehört haben, besteht in der Schweiz zurzeit ein Flickenteppich: ein Flickenteppich der schwarzen Listen. Nur noch wenige Kantone führen nämlich sogenannte schwarze Listen. Diese wenigen schwarzen Listen haben aber immer wieder gravierende Auswirkungen. Zu nennen sind etwa der tragische Tod eines Mannes im Kanton Graubünden, dem die Krankenkasse die Finanzierung der notwendigen Medikamente verweigert hatte, oder – wir können es immer wieder in den Medien lesen – aufgearbeitete Fälle, in denen Chemotherapien verweigert oder die Kosten im Zusammenhang mit einer Geburt nicht übernommen wurden.

Die Mehrheit geht fälschlicherweise davon aus, dass nicht bezahlte Rechnungen Ausdruck einer fehlenden Zahlungsmoral sind und nicht der steigenden Krankenkassenprämien, der Schulden und der Armut. Es ist daher nicht verwunderlich, dass sich die schwarzen Listen in dieser Hinsicht als wirkungslos erwiesen haben. Rund zehn Jahre nach Inkrafttreten von Artikel 64a KVG zeigt sich also, dass nicht die Zahlungsunwilligkeit, sondern die Zahlungsunfähigkeit der Grund dafür ist, dass gewisse Personen mit der Prämienzahlung im Verzug sind, und dass die Führung von schwarzen Listen an dieser Zahlungsunfähigkeit nichts zu ändern vermag, im Gegenteil: Schwarze Listen führten in der Vergangenheit zu sehr viel mehr Streitällen, zu langjährigen Prozessen, zu Streitigkeiten über die Übernahme von medizinischen Behandlungskosten durch die Krankenkassen und – wie wir immer ebenfalls wieder lesen und hören können – zu gravierenden Folgen für die Versicherten selbst.

So leben beispielsweise auch Menschen mit Behinderungen oft in sehr engen finanziellen Verhältnissen. Es kann daher durchaus einmal vorkommen, dass sie ihre Krankenkassenprämien und ihre Kostenbeteiligung nicht oder eben nicht rechtzeitig begleichen. Insbesondere Menschen mit chronischen Krankheiten sind dringend darauf angewiesen, dass sie die notwendigen medizinischen Behandlungen ohne Unterbruch weiterführen können. Die schwarzen Listen verhindern dies aber immer wieder. Es verstreicht kostbare Zeit, in der sich der Gesundheitszustand der Betroffenen erheblich zu verschlechtern droht. Übrigens sind dann auch die



Gesundheitskosten unter dem Strich höher, als man es wollte.

Es ist also so, dass zu den erwähnten gravierenden Folgen für die Versicherten auch die ethische Frage kommt. Wir sollten nicht vergessen, dass die aktuelle Regelung auch im Widerspruch zur Bundesverfassung steht. Sie gefährdet die medizinische Versorgung von ökonomisch schwachen Bevölkerungsgruppen und führt somit faktisch zu einer Zweiklassenmedizin, was, so finde ich, in einem der reichsten Länder der Welt eigentlich unzumutbar ist.

Heute haben wir die Möglichkeit, hier einen Schlusstrich zu ziehen. Die Mehrheit der Kantone möchte das, die GDK möchte das. Viele, viele andere Organisationen, die sich täglich mit den betroffenen Personen auseinandersetzen müssen, bitten Sie auch, hier der Kommissionsminderheit zu folgen und damit der Abschaffung der schwarzen Listen zuzustimmen.

Stark Jakob (V, TG): Ich habe beim Eintreten gesagt, dass sozusagen die Vorreiterrolle des Kantons Thurgau in Sachen Liste säumiger Prämienzahler oder eben in Sachen schwarze Liste darin liegt, dass im Thurgau von Anfang an die Städte und Gemeinden für die Übernahme der nicht bezahlten Prämien zuständig waren. Diese stellten rasch fest, dass die säumigen Prämienzahlerinnen und -zahler aus verschiedensten Gründen nicht bezahlten, obwohl sie – da muss ich meine Vorrednerin, Maya Graf, etwas korrigieren, das habe ich aus eigener Anschauung erfahren – aufgrund ihres Einkommens teilweise dazu in der Lage wären. Um die 50 Prozent der Zahlungsunwilligen könnten bezahlen, die übrigen Zahlungsunwilligen können nicht bezahlen. Das ist erstaunlich.

Es ist so, dass es Menschen gibt, die einfach ihre Sachen nicht in Ordnung halten. Dort geht es darum – deshalb hat das der Kanton Thurgau schnell gemacht –, mit einem Case-Management jede einzelne Person zu verpflichten, ihren Finanzhaushalt einmal anzuschauen, vielleicht verbunden mit einer Sanierung. Wenn eine Sanierung gelingt, übernimmt der Kanton Thurgau oft die ausstehenden Prämien oder die Vermittlung an die Sozialhilfe. Bis heute lässt sich jedoch feststellen, das hat mir das Amt für Gesundheit in Frauenfeld wieder bestätigt, dass der Eintrag in der Liste der säumigen Prämienzahler in sehr vielen Fällen das einzige Mittel ist, damit die säumigen Prämienzahler das Angebot des Case-Managements überhaupt annehmen. Das ist das Problem. Diese schwarze Liste ist das Mittel, mit dem man die Leute an den Tisch bekommt und ihnen sagt, dass sie mit uns reden und ihr Budget in Ordnung bringen müssen, wenn sie wieder alle Leistungen beziehen wollen.

Ich sage das ganz bewusst: Der Erfolg dieses Systems ist gerade in sozialer Hinsicht enorm, kann doch so vielen Personen und auch Familien geholfen werden. Auch finanziell ist der Erfolg gross, und hier muss ich meinen Vorredner Ständerat Dittli korrigieren. Ich gebe Ihnen ein Beispiel: Im Kanton Thurgau mussten die Städte und Gemeinden im Jahre 2019 Forderungen für Verlustscheine im Umfang von 3 Millionen Franken übernehmen. Die mit dem Kanton Thurgau vergleichbaren Kantone sind Solothurn, Baselland und Freiburg. Diese Kantone mussten 12 bis 15 Millionen Franken übernehmen – also der Kanton Thurgau 3 Millionen und die drei Vergleichskantone 12 bis 15 Millionen Franken. Das ist das Vier- bis Fünffache! Wollen Sie mir wirklich sagen, dass hier nichts möglich sei?

Ich bin überzeugt, zur Solidarität in der Krankenversicherung gehört auch, dass möglichst alle ihre Prämien bezahlen – auch das ist sozial. Mit der Liste säumiger Prämienzahler nach dem System des Kantons Thurgau, nämlich in Verbindung mit einem Case-Management, gelingt das eben eindrücklich. Kein anderer Kanton macht diese Verbindung, und deshalb sind auch die Resultate schlecht.

Das müssen Sie einfach auch zur Kenntnis nehmen; es darf doch nicht sein, dass die Ausgaben der Kantone für nicht bezahlte Prämien immer weiter steigen. 2019 betrugen die Ausgaben bereits 391,6 Millionen Franken. Und woher werden diese Mittel genommen? Sie werden einfach dem Prämienverbilligungstopf belastet, und sie fehlen dann bei der individuellen Prämienverbilligung, vielleicht bei Familien, die sie wirklich brauchen könnten.

Nach diesem Votum werden Sie mich verstehen: Eigentlich müsste man also die Liste säumiger Prämienzahler für alle Kantone, verbunden mit einem Case-Management, verbindlich vorschreiben. Das beantragen wir nicht. Dass aber jetzt die Minderheit der SGK-S und der Bundesrat den Kantonen sogar die Möglichkeit nehmen möchten, solche Listen zu betreiben, ist sachlich einfach nicht nachvollziehbar. Man würde diesen Kantonen untersagen, in diesem Bereich ihre soziale und ihre finanzielle Verantwortung wahrzunehmen. Das wäre völlig unverständlich und zudem extrem unföderalistisch.

Ich möchte noch etwas zum Notfallbegriff sagen. Im Kanton Thurgau haben wir das, wie es Herr Kommissionspräsident Rechsteiner richtig gesagt hat, in einer einfachen Weisung geregelt. Es geht nicht um den Notfallbegriff, den man sonst kennt; vielmehr ist er viel weiter gefasst. Und es ist genau so: Der Leistungserbringer, also in der Regel die Ärztin oder der Arzt, entscheidet, welche Behandlung als Notfall im Sinne der



Liste säumiger Prämienzahler gilt, und im Zweifelsfall wird behandelt. Wir hatten diesbezüglich nie Probleme,

AB 2021 S 493 / BO 2021 E 493

und ich mache Sie darauf aufmerksam: Wenn doch Probleme entstanden sind, waren bei den grössten Problemen immer Krankenversicherer im Spiel – Krankenversicherer, die wiederum diese Liste säumiger Prämienzahler bekämpfen. Das kann ich zwar einfach nicht nachvollziehen, aber das ist der Fall.

Der Kanton Thurgau hat, gerade im Hinblick auf diesen ungleichen Vollzug und diese Missverständnisse, immer gefordert, dass im KVG eine einheitliche Definition erfolgt. Diese liegt nun vor, und meines Erachtens ist sie tauglich.

Ich möchte es nochmals sagen: Die Leistungserbringer werden im Zweifelsfall die Betroffenen behandeln. Aber wenn jemand mit einer Hüfte kommt, die er jetzt dann irgendwann operieren lassen möchte, dann wird wahrscheinlich halt noch drei Monate gewartet, wenn er auf dieser Liste ist. Da kann man das Case-Management machen und sieht dann, ob es geht oder nicht. Selbstverständlich muss diese Person halt zur Sozialhilfe und wird dann von der Liste entfernt, oder man kann bei ihr eine Sanierung machen, und dann geht es auch wieder vorwärts.

Ich entschuldige mich, dass ich etwas länger gesprochen habe. Aber ich hoffe, ich habe Ihnen einen gewissen Eindruck davon geben können, aus welchen Motiven dies im Kanton Thurgau so gemacht wird. Und ich bitte Sie, uns und den anderen Kantonen diese Möglichkeit zu belassen.

Juillard Charles (M-E, JU): Sans vouloir allonger la discussion, j'aimerais partager une réflexion. La proposition qui nous est faite d'établir une liste noire consiste à envisager un problème par le petit bout de la lorgnette. Il nous appartient aussi d'avoir une vue d'ensemble sur les conséquences que pourrait avoir une décision comme celle-ci.

Je rappellerai tout d'abord que la LAMal consacre l'obligation de s'assurer, pour tous. Il ne faut pas oublier cet élément. Ne rien faire ne veut pas dire qu'il ne faut pas s'attaquer aux mauvais payeurs. Dans le canton du Jura, par exemple, le non-paiement des primes d'assurance-maladie représente à peu près 25 pour cent des cas dont s'occupe l'office des poursuites. Les cas de non-paiement des impôts se montent à 25 pour cent environ. Et, il faut aussi être clair, il n'y a jamais de poursuites en lien avec l'abonnement téléphonique ou les contrats de leasing.

Hormis la stigmatisation sociale ou psychologique, la liste noire entraînerait une limitation des soins uniquement aux soins d'urgence. Encore faudrait-il se mettre d'accord pour savoir ce que sont les soins d'urgence et les autres soins, qui ne remettraient certes pas en cause la vie ou l'intégrité physique d'une personne. Si quelqu'un trébuche, se tord la cheville, se casse une jambe, sa vie est-elle en danger? Non, mais qui prendra en charge ces soins? Laissera-t-on la personne sans soins? Je ne le crois pas. Qui donc prendra cela en charge? L'aide sociale, et qui finance l'aide sociale? Le canton ou les communes. Au bout du compte, c'est donc le contribuable de la région qui va payer. Pour ma part, je préfère clairement que les caisses-maladie restent impliquées et que les cantons et les communes paient si nécessaire tout ou partie des primes impayées jusqu'à un éventuel recouvrement, mais pas les soins, qui peuvent coûter beaucoup plus cher aux contribuables si l'on procède de cette manière.

C'est la raison pour laquelle je vous invite, après beaucoup d'hésitations et une longue réflexion, à soutenir la proposition de la minorité Dittli d'abroger l'alinéa 7 de l'article 64a.

Berset Alain, Bundesrat: Encore un débat assez passionné! Ich möchte damit beginnen, zu erklären, wieso wir über Absatz 7 diskutieren. Herr Stark hat es auch schon einmal erwähnt: Man würde von der Situation profitieren, und man würde noch etwas bewirken, was nicht vorgesehen war. Ich glaube aber, die Kommission hat diesen Absatz 7 auch ergänzt, um die Regelung zu präzisieren. Ich werde später auf die Frage zu Absatz 7 zurückkommen.

Was in dieser ganzen Debatte bleibt, ist eine sehr grosse Konstanz des Bundesrates. Seit zwanzig Jahren wird immer wieder gesagt – und das war wirklich noch ziemlich lange vor meiner Zeit! –, dass eine Liste nicht funktioniert, dass das nicht der richtige Weg ist, um hier etwas Gutes zu tun. Ja, es gibt Probleme; ja, wir müssen sie angehen; und ja, diese Standesinitiative Thurgau hat das Thema wirklich einmal gepusht – zu Recht! Wir machen da ziemlich viel, das ist richtig. Doch die Liste, und das sagt der Bundesrat seit bald zwanzig Jahren, ist nicht das richtige Mittel. Ich werde erklären, wieso die Liste uns nicht als geeignet erscheint, um die Situation zu verbessern.

Zuerst muss ich aber auch noch einmal erwähnen, dass sich die GDK und 19 Kantone in einer gesundheitlichen Angelegenheit einig sind – das ist schon viel. Dazu kommt auch noch die FMH, die auch damit



einverstanden ist, dass man Absatz 7 aufhebt. Dazu kommen, und das ist fast – wie kann man das nennen? – ein Wunder in der Gesundheitspolitik, noch die zwei Organisationen der Versicherer. Das heisst, die Leistungserbringer, sämtliche Versicherer, 19 Kantone und die GDK finden, dass eine Liste nicht funktionieren kann. Klar, man darf nach wie vor behaupten, sie funktioniere hervorragend. Es sind aber schon ziemlich viele gegenteiliger Ansicht, und wenn es nicht ein Wunder ist, dann eine Art heilige Allianz – ich weiss es nicht.

Es kommt in der Gesundheitspolitik ziemlich selten vor, dass sämtliche Versicherer, 19 Kantone, die GDK und die FMH einer Meinung sind. Alle diejenigen, die mit Gesundheitspolitik zu tun haben, wissen das so gut wie ich. Diese Einigkeit kommt nicht von irgendwo, sie besteht einfach, weil die Regelung nach Absatz 7 nicht gut funktionieren kann, auch weil man den Leistungserbringern eine riesige Verantwortung überträgt, die ziemlich schwierig zu übernehmen ist.

Man muss auch sehen, dass die Streichung der Bestimmung seitens des Bundesrates seiner Überzeugung entspricht, die er schon immer, von Anfang an, hatte. Der Zusatz, den die Kommission zu Absatz 7 gemacht hat, sagt alles; diesen müssen wir noch anschauen.

Im geltenden Recht steht, dass die Kantone eine Liste erfassen dürfen, die nur den Leistungserbringern, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist. Allein darüber kann man schon diskutieren, denn damit ist die Liste, die viele Leute umfasst, schon fast öffentlich. Trotzdem funktioniert es nicht, weil nicht klar ist, was in dieser Fassung mit der Formulierung "mit Ausnahme der Notfallbehandlungen" genau gemeint ist.

Die Kommission hat das Ganze in der Folge etwas präzisiert: "Eine Notfallbehandlung liegt vor, wenn die Behandlung nicht aufgeschoben werden kann. Dies ist der Fall, wenn die versicherte Person ohne sofortige Behandlung gesundheitliche Schäden oder den Tod befürchten muss oder die Gesundheit anderer Personen gefährden kann." Was bedeutet das?

Von der Covid-Zeit her wissen wir: Unnötige Operationen werden verschoben und hoffentlich nie durchgeführt, bzw. notwendige, aber nicht dringliche Operationen werden verschoben. Was passiert in dieser Situation? Man verschlimmert ganz einfach die Situation der betroffenen Leute. Und was passiert, wenn man die Situation der betroffenen Leute verschlimmert? Es wird teurer. Für wen wird es teurer? Für den Prämienzahler und die OKP. Deswegen kann es schlichtweg nicht funktionieren! Wenn schon, sollte man am Ende sagen: Okay, die Leute sind ausgeschlossen, mit allen Konsequenzen. Aber niemand will das!

Wenn man aber verschiebt, verschiebt und nochmals verschiebt? Ich habe es nie bzw. äusserst selten gesehen, dass die Verschiebung bzw. Nichtdurchführung einer notwendigen Operation die Situation verbessert hätte. Das ist oder wäre quasi ein Wunder, und bekanntlich passieren Wunder in der Gesundheitspolitik ziemlich selten.

Gerade deswegen kann es nicht funktionieren. Spätestens seit dem Zeitpunkt, als die Kommission diesen Zusatz geschrieben hat, weiss man, dass es nicht funktionieren kann. Fünfzehn Jahre nach den ersten Behauptungen sieht sich der Bundesrat in seiner Haltung bestätigt: Nein, es kann nicht funktionieren! Zum gleichen Schluss kommen auch sämtliche Tarifpartner, Versicherer, Leistungserbringer, die medizinischen Fachangestellten, 19 Kantone und die GDK.

Diese Geschichte hat nicht wahnsinnig viel mit dem Föderalismus zu tun. OKP bezahlen zwar alle, wenn auch in verschiedenen Prämienregionen, trotzdem ist es eine nationale Gesetzgebung. Es ist auch so gewollt und angestrebt worden. Klar, sich mal flexibel zu zeigen, ist schon eine

AB 2021 S 494 / BO 2021 E 494

Möglichkeit. Aber in dieser Sache, bei der es sich nicht bestätigt hat, dass es funktionieren kann, denken wir, dass man die entsprechende Bestimmung streichen sollte.

Für uns ist es die falsche Antwort auf ein reales Problem: Es geht um Leute, die einfach nicht bezahlen wollen oder können. Das Problem ist real, die Antwort darauf falsch. Die Frage ist vielmehr: Was kann man in dieser Situation tun?

Ein Teil der Antwort findet sich in der Stellungnahme des Bundesrates zur Initiative des Kantons Thurgau. Vielleicht braucht es mehr, aber sowohl der Bundesrat wie auch sehr viele andere Akteure haben gesehen, dass es nicht gut funktioniert. Natürlich darf man anderer Meinung sein, aber es ist nicht nur eine Frage der Meinung – es funktioniert einfach nicht!

Daher unterstützen wir die Minderheit Dittli und ihren Streichungsantrag.



Abs. 7 – Al. 7

Abstimmung – Vote

Für den neuen Antrag der Mehrheit ... 22 Stimmen
Für den neuen Antrag der Minderheit ... 22 Stimmen
(0 Enthaltungen)

*Mit Stichentscheid des Präsidenten
wird der neue Antrag der Mehrheit angenommen
Avec la voix prépondérante du président
la nouvelle proposition de la majorité est adoptée*

*Abs. 2, 8 – Al. 2, 8
Angenommen gemäss neuem Antrag der Mehrheit
Adopté selon la nouvelle proposition de la majorité*

*Übrige Bestimmungen angenommen
Les autres dispositions sont adoptées*

Ziff. II, III

Antrag der Kommission: BBI

Ch. II, III

Proposition de la commission: FF

Angenommen – Adopté

*Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble
(namentlich – nominatif; 16.312/4426)
Für Annahme des Entwurfes ... 43 Stimmen
Dagegen ... 1 Stimme
(0 Enthaltungen)*

Abschreibung – Classement

*Antrag des Bundesrates
Abschreiben der parlamentarischen Vorstösse
gemäss Brief an die eidgenössischen Räte
Proposition du Conseil fédéral
Classer les interventions parlementaires
selon lettre aux Chambres fédérales*

Angenommen – Adopté