

DELIB

Verhandlungsheft

92.067

**Krankenversicherung. Massnahmen
gegen die Kostensteigerung 1993-1994**

Cahier des délibérations

92.067

**Assurance-maladie. Mesures contre
l'augmentation des coûts 1993-1994**

Quaderno delle deliberazioni

92.067

**Assicurazione contro le malattie.
Provvedimenti contro l'aumento dei
costi 1993-1994**

92.067

**Parlamentsdienste
Services du Parlement
Servizi del Parlamento**

Verantwortlich für diese Ausgabe

Parlamentsdienste
Dokumentationszentrale
Diego Hättenschwiler
In Zusammenarbeit mit:
B. Ramser
031/ 61 98 60

Responsable de cette édition

Services du Parlement
Centrale de documentation
Diego Hättenschwiler
Avec la collaboration de:
B. Ramser
031/ 61 98 60

Bezug durch:

Parlamentsdienste
Dokumentationszentrale
3003 Bern
Tel. 031/ 61 97 44
Telefax 031/ 61 82 97

S'obtient:

Services du Parlement
Centrale de documentation
3003 Berne
Tél. 031/ 61 97 44
Telefax 031/ 61 82 97

<u>Inhaltsverzeichnis</u>	<u>Seiten</u>	<u>Deckblatt</u>
1 Uebersicht über die Verhandlungen	I	rot
2 Rednerlisten	III	rot
3 <u>Verhandlungen der Räte</u>		
Nationalrat 05. - 07.10.1992	1	grün
08.10.1992	39	
09.10.1992	41	
Namentliche Abstimmung	21, 28, 41	
Ständerat 24./28.09.1992	45	gelb
08.10.1992	76	
09.10.1992	82	
4 Bundesbeschluss vom 09.10.1992	83	blau

<u>Table des Matières</u>	<u>Pages</u>	<u>Couverture</u>
1 Résumé des délibérations	I	rouge
2 Listes des orateurs	III	rouge
3 <u>Débats dans les conseils</u>		
Conseil national 05. - 07.10.1992	1	verte
08.10.1992	39	
09.10.1992	41	
Vote par appel nominal	21, 28, 41	
Conseil des Etats 24./28.09.1992	45	jaune
08.09.1992	76	
09.10.1992	82	
4 Arrêté fédéral du 09.10.1992	87	bleu

1. Uebersicht über die Verhandlungen

Résumé des délibérations

× 142/92.067 *sn* Krankenversicherung. Massnahmen gegen die Kostensteigerung 1993–1994

Botschaft und Beschlussesentwurf vom 19. August 1992 (BBl V, 933) über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung (neues Massnahmenprogramm 1993–1994).

N/S Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

1992 28. September. Beschluss des Ständerates abweichend vom Entwurf des Bundesrates.

1992 7. Oktober. Beschluss des Nationalrates abweichend vom Beschluss des Ständerates.

1992 8. Oktober. Beschluss des Ständerates abweichend vom Beschluss des Nationalrates.

1992 8. Oktober. Beschluss des Nationalrates: Zustimmung.

1992 9. Oktober. Beschluss des Ständerates: Die Dringlichkeitsklausel wird angenommen (BBl VI, 60).

1992 9. Oktober. Beschluss des Nationalrates: Die Dringlichkeitsklausel wird angenommen.

1992 9. Oktober. Beschluss des Ständerates: Der Bundesbeschluss wird in der Schlussabstimmung angenommen.

1992 9. Oktober. Beschluss des Nationalrates: Der Bundesbeschluss wird in der Schlussabstimmung angenommen.

Bundesblatt VI, 60; Ablauf der Referendumsfrist: 18. Januar 1993

Amtliche Sammlung des Bundesrechts 1992, 1838

Postulat der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates, vom 8. Oktober 1992

Ökonomische Arbeitsweise. Abklärungen

Das Departement lässt verwaltungsunabhängige Abklärungen über die ökonomische Arbeitsweise der Leistungserbringer durchführen. Krankenkassen und Patientenorganisationen sind einzubeziehen. Die Resultate sind öffentlich bekanntzugeben.

1992 8. Oktober: Das Postulat wird angenommen.

× 142/92.067 *en* Assurance-maladie. Mesures contre l'augmentation des coûts 1993–1994

Message et projet d'arrêté du 19 août 1992 (FF V, 885) concernant des mesures temporaires contre l'augmentation des coûts dans l'assurance-maladie (Nouveau programme de mesures 1993–1994).

N/E Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique

1992 28 septembre. Décision du Conseil des Etats modifiant le projet du Conseil fédéral.

1992 7 octobre. Décision du Conseil national avec des divergences.

1992 8 octobre. Décision du Conseil des Etats avec des divergences.

1992 8 octobre. Décision du Conseil national: Adhésion.

1992 9 octobre. Décision du Conseil des Etats: La clause d'urgence est adoptée.

1992 9 octobre. Décision du Conseil national: La clause d'urgence est adoptée.

1992 9 octobre. Décision du Conseil des Etats: L'arrêté est adopté en votation finale.

1992 9 octobre. Décision du Conseil national: L'arrêté est adopté en votation finale.

Recueil des lois 1992 1838; délai d'opposition: 18 janvier 1993

Postulat de la Commission du Conseil national, du 8 octobre 1992

Caractère économique des méthodes de travail. Evaluation

Le département fait procéder, de manière indépendante de l'administration, à des évaluations du caractère économique des méthodes de travail des fournisseurs de prestations. Les caisses-maladie et les organisations de patients y sont associées. Les résultats sont rendus publics.

1992 8 octobre. Décision du Conseil national: Le postulat est adopté.

2. Rednerliste - Liste des orateurs

2.1 Nationalrat - Conseil national

Allenspach (R/ZH)	15, 34
Borer Roland (A/SO)	4, 17, 24
Bortoluzzi (V/ZH)	9, 19, 36
Brunner Christiane (S/GE)	10, 30
Cotti (C), Bundesrat/conseiller fédéral	12, 20, 23, 27, 31, 34, 35, 37, 38, 40
Daepf (V/BE)	22, 29, 36
de Dardel (S/GE)	37
Deiss (C/FR)	10, 17, 25, 27, 30, 33, 41
Dormann (C/LU), Berichterstatterin	1, 11, 19, 22, 26, 30, 33, 35, 37, 38, 39, 40
Epiney (C/VS)	37
Eymann Christoph (L/BS)	8, 22
Fischer-Seengen (F/AG)	16
Gonseth (G/BL)	8, 25, 34, 36
Grendelmeier (U/ZH)	33
Grossenbacher (C/SO)	32
Hafner Rudolf (G/BE)	18, 34
Hafner Ursula (S/BE)	33, 35
Heberlein (R/ZH)	3, 21, 23, 29, 38
Hollenstein (G/SG)	32
Jöri (S/LU)	9, 22, 24
Keller Rudolf (D/BL)	7
Leuenberger Ernst (S/SO)	16
Maspoli (D/TI)	8, 18, 26
Philippona (R/FR), rapporteur	2, 12, 20, 22, 27, 31, 34, 35, 37, 39
Pidoux (R/VD)	24
Rychen (V/BE)	3, 15, 26, 29, 38
Sieber (U/ZH)	6, 19, 25, 36
Zislyadis (-/VD)	8, 40

2.2 Ständerat - Conseil des Etats

Beerli (R/BE)	47, 64, 79
Bühler Robert (R/LU)	65
Cotti (C), Bundesrat/conseiller fédéral	52, 57, 59, 66, 68, 69, 71, 73, 77, 80, 81
Coutau (L/GE)	47, 74
Huber (C/AG)	49, 65, 77, 79
Morniroll (D/TI)	51, 57, 63, 65, 72, 74
Onken (S/TG)	50, 58, 59, 62, 72, 76
Plattner (S/BS)	70, 71, 79
Roth (C/JU)	47, 64, 77
Schmid Carlo (C/AI)	63,74
Schoch (R/AR)	48, 59, 64, 71, 77, 78, 80, 81,
Schüle (R/SH)	56, 58
Simmen (C/SO), Berichterstatterin	45, 56, 59, 60, 62, 65, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 76, 78, 80
Uhlmann (V/TG)	80

**Nationalrat
Conseil national**

Sitzung vom	05./07.09.1992	
	08.10.1992	
	09.10.1992	
	09.10.1992	(Schlussabstimmung)
Séance du	05./07.09.1992	
	08.10.1992	
	09.10.1992	
	09.10.1992	(Vote final)

92.067

Krankenversicherung. Massnahmen gegen die Kostensteigerung 1993–1994. Bundesbeschluss

Assurance-maladie. Mesures contre l'augmentation des coûts 1993–1994. Arrêté fédéral

Botschaft und Beschlussentwurf vom 19. August 1992 (BBI V 933)
Message et projet d'arrêté du 19 août 1992 (FF V 885)

Beschluss des Ständerates vom 28. September 1992
Décision du Conseil des Etats du 28 septembre 1992

Kategorie III, Art. 68 GRN – Catégorie III, art. 68 RCN

Antrag der Kommission
Eintreten

Antrag Rychen
Nichteintreten

Proposition de la commission
Entrer en matière

Proposition Rychen
Ne pas entrer en matière

Frau **Dormann**, Berichterstatterin: Wenn wir die Kosten im schweizerischen Gesundheitswesen mit dem Blutdruck vieler Patienten und Patientinnen vergleichen, dann sind beide zu hoch. Wenn wir die Behandlung des zu hohen Blutdrucks mit den zu hohen Kosten im Gesundheitswesen vergleichen, dann werden wir beide ohne regelmässige Rezeptur nichts mehr los. Der einmal in die Höhe getriebene Blutdruck ist kaum ohne regelmässige Medikamenteneinnahme und Arztkontrolle in den Griff zu bekommen. Die in den letzten Jahren unverhältnismässig gestiegenen Kosten im Gesundheitswesen bedürfen ebenfalls der strengen Behandlung und Kontrolle. Ja, unser Kostenniveau im Gesundheitswesen ist so hoch, dass es im Moment nicht mehr mit sanfter Medizin erfolgreich behandelt werden kann. Das Gesundheitswesen benötigt eine Intensivkur, um die Voraussetzung für eine «Psychotherapie» in der Totalrevision der Krankenkassenversicherung zu schaffen.

Eines ist sicher: Die überproportionalen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen überfordern uns alle – die einen finanziell, die anderen psychisch und die dritten physisch. Physisch war zumindest die vorberatende Kommission des Nationalrates überfordert, die dieses Geschäft in der laufenden Session jeweils am Donnerstag nachmittag behandelt hat. Sie ist dabei mit dem guten Beispiel des Sparwillens vorangegangen – allerdings nicht zugunsten des Gesundheitswesens, aber immerhin zugunsten der Bundeskasse. Das nur nebenbei.

Am 19. August 1992 hat uns der Bundesrat ein neues Massnahmenprogramm für die Jahre 1993 und 1994 gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung vorgelegt. Es ist kein Allheilmittel, das alle kostspieligen Wunden zu heilen vermag, aber es ist ein Ansatz dazu. Die eigentliche «Tiefenbehandlung» unseres kranken Gesundheitswesens wird mit der Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes erhofft und erwartet: Der Ständerat ist in diesem Geschäft Erstrat. Er wird das Geschäft – aller Voraussicht nach – in der Wintersession behandeln.

Gleichzeitig mit der Botschaft vom 6. November 1991 über die Revision der Krankenversicherung unterbreitete der Bundesrat dem Parlament auch eine Botschaft über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung und Entsolidarisierung in der Krankenversicherung. Er beantragte einen dringlichen Bundesbeschluss, befristet auf drei Jahre. Die Massnahmen gegen die Entsolidarisierung wurden von beiden Räten, wie beantragt, auf drei Jahre befristet. Die Massnahmen gegen die

Kostensteigerung waren heftig umstritten, und jene Kreise, die sie – dank ihrer Mehrheit – nur auf ein Jahr befristet haben, bedauern ihren Entscheid heute am meisten.

Was der Bundesrat heute vorlegt, ist das Anschlussprogramm zur Kostendämpfung im Krankenversicherungsbereich. Er hatte dazu einen verbindlichen Auftrag des Parlaments, vor Ablauf der Gültigkeitsdauer des dringlichen Bundesbeschlusses ein neues Massnahmenprogramm gegen die Kostensteigerung zu unterbreiten und dabei die Interessen der Kantone besser zu berücksichtigen. Der jetzt diskutierte Bundesbeschluss soll auf zwei Jahre befristet sein.

Was hat der Bundesbeschluss von 1991 gegen die Kostensteigerung gebracht? Im Bereich der Entsolidarisierung unter den Krankenkassen brachte der dringliche Bundesbeschluss vom letzten Jahr Erfolg. Viele jüngere Versicherte bezahlen heute mehr, und die Billigkassen sind unter Kontrolle. Ab dem 1. Januar 1993 wird auch der Risikoausgleich unter den Krankenkassen von Spielen kommen. Dabei handelt es sich um einen Solidaritätsbeitrag zwischen den Krankenkassen, der nur für die Grundversicherung gilt. Im Bereich der Mitgliederbeiträge legte der Bundesbeschluss den maximal zulässigen Anstieg der Prämien fest. Für 1992 ergab dies eine Prämienanpassung von 10 Prozent. 67 Prozent aller Versicherten haben von dieser Prämienplafonierung profitiert.

Zurzeit sind beim Bundesrat noch zwei Beschwerden von Krankenkassen hängig, bei denen 28 Prozent der Bevölkerung versichert sind. Falls diese Beschwerden vom Bundesrat abgelehnt werden müssen, werden 95 Prozent aller Versicherten vom letztjährigen Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung im Prämienbereich profitiert haben. Nur 5 Prozent der Versicherten waren in Kassen, deren Prämien um mehr als 10 Prozent erhöht werden mussten. Diese Zahlen beziehen sich immer auf die Grundversicherung.

Im Bereiche der Tarife und Preise im stationären Bereich kam der Bundesbeschluss erst bei der Hälfte der Kantone zur Anwendung, dort, wo die Kantonsregierungen die für 1992 gültigen Tarife der Spitäler erst nach Inkrafttreten des Bundesbeschlusses genehmigten.

Gemäss Aussagen der Krankenkassenvertreter selbst haben die Kassen durch den letztjährigen Bundesbeschluss eine härtere Gangart eingelegt und ihre Kompetenzen im Bereich der Kontrolle und Tariffestlegung vermehrt wahrgenommen. Auch bei den Versicherten konnte eine Veränderung im Verhalten festgestellt werden; sie wurden kostenbewusster. Trotzdem sind die Kosten im Gesundheitswesen in der ersten Hälfte 1992 um rund 12 Prozent angestiegen. Das heisst, dass die Mengenausweitung mit der Vorlage nicht begrenzt werden konnte.

Wenn heute keine neuen Massnahmen getroffen werden, haben wir bis in drei Jahren mit Prämienanstiegen um 100 Prozent zu rechnen. Das ist einem Grossteil der Kranken und Versicherten unserer Bevölkerung nicht zuzumuten.

Was sieht der Bundesrat in seinem Massnahmenpaket vor? Mit Rücksicht auf die finanzielle Situation der Krankenkassen schlägt der Bundesrat vor, entgegen dem geltenden Beschluss und dem Vorentwurf bei den Tarifen für die ambulante Behandlung nicht mehr die Tarifierhöhungen zu begrenzen, sondern für 1993 einen generellen Tarifstopp zu erlassen, der 1994 nur aufgehoben werden kann, wenn sich herausstellt, dass das im heute geltenden Bundesbeschluss für 1992 festgelegte Ziel, nämlich eine Kostensteigerung von höchstens einem Drittel über der allgemeinen Teuerung, erreicht werden kann.

Die Tarife und Preise im Spitalbereich dürfen gemäss Bundesrat nur so weit erhöht werden, als der Anstieg nicht über der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung liegt. Den Interessen der Kantone wird gleichzeitig Rechnung getragen, indem beim Personalaufwand der Biga-Lohnindex und beim Sachaufwand der Landesindex für Konsumentenpreise herangezogen werden kann.

Bei der Begrenzung der Prämien kommt die Richtprämie zum Zug. Während im geltenden Bundesbeschluss die Prämien der einzelnen Krankenkassen höchstens um einen für alle Kassen einheitlichen Prozentsatz erhöht werden durften (10-

Prozent-Limite), soll nun für alle Krankenkassen eine obere Grenze in Form eines festen Frankenbetrages je Kanton festgelegt werden, die sogenannte Richtprämie.

Der bundesrätliche Entwurf ist in vier kurze, klare Artikel gegliedert. Er berücksichtigt vor allem die Versicherten, welche die immensen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen in den letzten Jahren praktisch allein zu tragen hatten. So ist es leicht zu verstehen, dass die Vorlage im Vernehmlassungsverfahren bei den Kantonsregierungen und den meisten Parteien eine schwache Akzeptanz fand. In jenen Landesgegenden aber, in denen der Kostendruck in der Krankenversicherung am stärksten zu spüren ist, zum Beispiel in der Westschweiz, fand die Vorlage Unterstützung. Unterstützung fand sie selbstverständlich auch bei den Arbeitnehmerverbänden, Patienten- und Konsumentenorganisationen. Klar abgewiesen wird sie von den Krankenkassen, der Pharmaindustrie und den Ärzteorganisationen.

Der Ständerat hat die Vorlage gegenüber dem Entwurf des Bundesrates erweitert und modifiziert (vgl. auch Systematik). In einem ersten Durchgang hielt er am Tarif- und Preisstopp im ambulanten Bereich fest, aber aus praktischen Gründen wurde als Stichtag für den Preisstopp für die Medikamente der 15. September 1992 und nicht der 30. Juni 1992 festgelegt. Für diesen Preisstopp sah der Bundesrat keine Ausnahmen vor. Der Ständerat ergänzte Artikel 1 so, dass Leistungserbringer, die im letzten und im vorletzten Jahr keine Taxpunktwert-Anpassungen vorgenommen haben, zu einer Taxpunktwert-Erhöhung zugelassen werden, sofern die Behandlungskosten je versicherte Person im Jahr nicht um mehr als der Landesindex der Konsumentenpreise plus ein Drittel angestiegen sind. Eine zweite Flexibilisierung betraf die durchschnittlichen Behandlungskosten. Diese können erhöht werden, wenn der Bundesrat 1994 feststellt, dass 1992 die Ziele des Bundesbeschlusses erreicht worden sind. Diesem Vorschlag ist die nationalrätliche Kommission in Artikel 1 des Bundesbeschlusses gefolgt. Ich werde in der Detailberatung darauf zurückkommen.

Der Ständerat will ferner mit den Artikeln 3 und 7 auch die Versicherten und Kranken zu Sparmassnahmen zwingen. Einerseits schreibt er auch für die stationären Behandlungsbereiche eine Kostenbeteiligung der Patienten in Form einer Franchise von 500 Franken und einen Beitrag pro Aufenthaltstag im Spital von 10 Franken vor. Andererseits will er die Krankenkassen auf die Pflichtleistungen in der Krankenpflege-Grundversicherung zurückholen und nur für einzelne Sektoren Ausnahmen zulassen.

Auch hat der Ständerat die Absicht, die Uebernahme von Arzneimitteln, welche nicht in der Arzneimittelliste oder Spezialitätenliste enthalten sind, nur noch im Rahmen von Zusatzversicherungen zuzulassen (Art. 7 Abs. 3). Diesem Ansinnen vermag die nationalrätliche Kommission nicht zu folgen.

Im Bereich der Mitgliederbeiträge sieht der Ständerat Ausnahmen für die Erhöhung der Höchstgrenze für jene Krankenkassen vor, die nachweisen können, dass ihre Reserven sonst unter das gesetzliche Minimum sinken würden.

Im stationären Bereich sind der Ständerat und der Nationalrat den Vorstellungen des Bundesrates gefolgt, indem die Kantone im Vergleich zum letztjährigen Bundesbeschluss weniger stark in das Sparprogramm eingebunden werden.

Die nationalrätliche Kommission ist dem Ständerat nicht in allen Teilen gefolgt. Es war das Ziel der Kommission, erstens durch den Bundesbeschluss weitgehend die Versicherten zu entlasten und zweitens keine Einzelelemente in den Bundesbeschluss einzubauen, die partiell aus dem Gesamtkonzept der Totalrevision herausgerissen und dadurch den Bundesbeschluss verkomplizieren würden.

Die Kommission vertritt die Auffassung, dass die durch den Bundesbeschluss vorgesehenen Sparmassnahmen den Leistungserbringern, den Versicherten und den Krankenkassen zugemutet werden können. Der Beschluss, wie er von der nationalrätlichen Kommission verabschiedet worden ist, ist eine tragbare Lösung im schwierigen Kostensanierungskomplex. Wenn alle Angesprochenen mitziehen und ihre Innovationskraft mehr darauf verwenden, die aufgezeigten Wege sinnvoll zu beschreiten, als nach Umgehungsmöglichkeiten zu

suchen, können diese ungeliebten Massnahmen einen wirkungsvollen Uebergang zur Totalrevision darstellen. Andernfalls sind sie nicht mehr als ein unnützer Schritt auf einem dornenvollen Weg, und das können wir uns angesichts der dramatischen Situation bei den Prämien nicht leisten.

Die Kommission hat mit 17 zu 5 Stimmen Eintreten beschlossen und der Kommissionsfassung in der Gesamtabstimmung mit 14 zu 2 Stimmen bei 2 Enthaltungen zugestimmt.

Ich bitte Sie, auf diese Vorlage einzutreten und den Antrag Rychen auf Nichteintreten abzulehnen.

M. Phillipona, rapporteur: L'art médical et l'ingéniosité pharmaceutique ont obtenu des succès inespérés dans le dépistage, la prévention et le traitement de nombreuses maladies. Beaucoup leur doivent une vie plus longue et de meilleure qualité. Les progrès de la science médicale qui vont aujourd'hui toujours plus loin dans les domaines biomoléculaire et neurophysique ont cependant aussi leur prix et ils font croire à tort que la santé organique et mentale à 100 pour cent peut être acquise par tous. Dans la mesure où la science médicale recourt à des appareillages et à des biotechnologies toujours plus compliqués et plus sophistiqués, met au point et fabrique des médicaments toujours plus efficaces dans des laboratoires hyperdéveloppés, les coûts financiers de la maladie et du traitement thérapeutique augmentent, tant pour le particulier que pour la société. Le nombre croissant de patients et de médecins est également générateur de coûts. C'est ainsi que l'écart s'accroît de manière préoccupante entre le pourcentage du revenu qu'un pays est disposé à affecter au contrôle de la maladie et les coûts de la santé en augmentation constante.

Le dilemme que nous devons tenter de résoudre tient au fait que les soins médicaux et la prise en charge médicale ne connaissent pratiquement pas de limites, contrairement aux ressources financières qui seraient nécessaires pour en assurer le financement. Les investissements dans la santé pour tous sont une tâche particulièrement importante de notre société, mais nous devons aussi tenir compte du fait que les charges financières ont des limites. Nous devons chercher à maîtriser les dépenses de santé sans entraver les prestations médicales nécessaires, tout en mettant en œuvre les moyens de conserver une excellente qualité de soins à un moindre prix.

Il est un point au moins où la commission s'est montrée unanime: c'est le fait qu'une solution acceptable et durable sur le fond de ces problèmes ne pourra être trouvée que par la révision totale et fondamentale de la loi sur l'assurance-maladie, sur la base du message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991. Nous devons tout mettre en œuvre pour que cette loi entre en vigueur le plus rapidement possible.

Le Conseil des Etats est prioritaire pour cet objet. Le 3 septembre dernier, la commission traitant cet arrêté a entendu les principaux intéressés, c'est-à-dire les représentants de la Conférence des directeurs cantonaux de la prévoyance sociale, de la Conférence des directeurs cantonaux des finances, les représentants des hôpitaux, des médecins, des pharmaciens, des caisses-maladie et des producteurs de médicaments. Ces gens ont été unanimes: ils étaient opposés aux propositions du Conseil fédéral. Devant ce mécontentement général d'une part et l'échéance des mesures actuelles au 31 décembre prochain d'autre part, une sous-commission du Conseil des Etats a mis sur pied une série de mesures. Elles ont pour effet, d'une part, d'assouplir les blocages proposés par le Conseil fédéral, considérés comme excessifs par tous les interlocuteurs et, d'autre part, de présenter un certain nombre de mesures qui ne s'en prennent pas seulement aux prix, c'est-à-dire aux symptômes, mais également à la racine du mal, c'est-à-dire au développement du volume des prestations. Cela va d'ailleurs dans le sens d'une étude récente de l'OCDE sur le système suisse de santé, qui révèle entre autres que le subventionnement des établissements hospitaliers et le remboursement intégral des frais hospitaliers par l'assurance-maladie jusqu'à une limite de 720 jours avantagent cette forme de soins par rapport aux services médicaux ambulatoires et extra-hospitaliers dont une partie des frais reste à la charge du malade.

Tant le Conseil fédéral que le Conseil des Etats et notre commission ont tenu compte – en partie tout au moins – de l'expérience découlant de l'arrêté urgent de l'année dernière qui a certes mis un frein aux cotisations mais n'a en rien ralenti l'augmentation des coûts de la santé. Le système proposé aujourd'hui est plus fédéraliste, donc moins éloigné des réalités, c'est-à-dire des coûts effectifs. Il est vrai que les réserves financières des caisses-maladie ont diminué durant cette année. La situation ne peut durer très longtemps ainsi. En ce qui concerne les hôpitaux, un mécanisme de blocage est mis en place. Les charges dues au personnel évolueront en fonction de l'indice des salaires de l'OFIAMT et les frais de matériel en fonction de l'indice suisse des prix à la consommation. En d'autres termes, c'est bien un blocage de personnel et d'équipement qui est proposé pour deux ans.

La commission vous propose d'entrer en matière car la situation est critique pour de nombreuses personnes. La maison brûle, il faut faire intervenir les pompiers. C'est en effet bien un tel exercice que nous sommes invités à effectuer en ce moment. Je vous rappelle que chacun souhaite une mise en place rapide de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie. Les mesures à prendre sont limitées dans le temps et ne doivent pas durer au-delà du 31 décembre 1994.

La commission vous propose de déclarer cet arrêté urgent pour éviter un vide entre l'actuel arrêté qui est valable jusqu'au 31 décembre prochain et celui que vous êtes appelés à examiner aujourd'hui. Vous êtes invités maintenant à choisir entre les quatre articles présentés par le Conseil fédéral, les neuf articles adoptés par le Conseil des Etats, dont huit sont acceptés par votre commission, et les onze propositions de minorité de la commission.

Rychen: In der Kommission haben die Vertreter meiner Fraktion zwar Eintreten mitgetragen, aber unter der klaren Bedingung, dass die vom Ständerat beschlossene Vorlage deutliche und klare Aenderungen erfährt. Dies ist nicht geschehen, und deshalb beantragen wir Nichteintreten. Dazu möchte ich vier Gründe geltend machen:

1. Die Sofortmassnahmen, die vom Parlament für das laufende Jahr beschlossen wurden, sind weitgehend wirkungslos geblieben. Wir sollten diese Uebung nicht wiederholen. Bekanntlich waren nämlich die per 1992 verfügten Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung wirkungslos, zumindest was die Kostensteigerung anbelangt. Ich möchte hier noch meine persönliche Meinung beifügen: Der zweite dringliche Bundesbeschluss, der die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung stoppen soll, ist wirksam und auch richtig.

Die Massnahmen gegen die Kostensteigerung hingegen waren eher ein Schlag ins Wasser. Gemäss ersten Resultaten sind die Krankenpflegekosten trotz unseren Sofortmassnahmen vom Dezember letzten Jahres im ersten Halbjahr 1992 um sage und schreibe 12,4 Prozent pro Versicherten angestiegen. Das ist ungeheuerlich, und wir sehen, dass unsere Ideen zur Bekämpfung der Kostensteigerung nicht gegriffen haben. Sogar im Kanton Bern – das sage ich ganz speziell Herrn Bundesrat Cotti –, wo es 1991 und 1992 keine Taxerhöhungen gab, wurde in diesem ersten Halbjahr 1992 eine Kostensteigerung von 11,5 Prozent verzeichnet. Einzig die Versicherten haben von der künstlichen Begrenzung der Prämien erhöhungen auf maximal 10 Prozent etwas profitiert. Aber das ist ein Trugbild, denn die Versicherten haben nicht wirklich profitiert; der Prämienstau bewirkt nämlich nur, dass die Prämien später stärker steigen werden; denn irgendwann müssen die aufgestauten Kosten berappt werden. Deshalb müssen wir in bezug auf die Bekämpfung der eigentlichen Kosten sagen, dass diese Massnahmen nicht tauglich sind.

2. Wegen des Prämienstaus werden viele gesunde Krankenkassen weiterhin von ihren Reserven zehren müssen: Zum Teil gehen sie bereits weit unter die vom Gesetz vorgeschriebenen, in der Verordnung präzisierten 20 Prozent Reserven. Ein Papier, das kürzlich vom Bundesamt für Sozialversicherung ausgeteilt wurde, versucht, diese Schrumpfung der Reserven etwas zu verharmlosen. Dem kann ich in keiner Weise zustimmen. Es gibt heute sehr viele Krankenkassen, die wegen die-

ser schmelzenden Reserven grosse und echte Schwierigkeiten bekommen.

Ich gebe zu, es gibt im neuen, Ihnen vorliegenden dringlichen Bundesbeschluss eine gewisse Abfederungsmöglichkeit, indem man grössere Prämiensteigerungen jenen Kassen zugehen kann, bei denen die Absenkung ihrer Reserven zu stark ist. Aber wir trauen diesen Mechanismen nicht, weil dies von Fall zu Fall die Bundesbehörden entscheiden.

3. Man will den Bären zwar waschen, ihm aber das Fell nicht nass machen. Wenn Sie die Vorlage genau studieren, dann sehen Sie die zwei Strategien; die eine wird vom Ständerat verfolgt und die andere von der Mehrheit der nationalrätlichen Kommission; von der Bundesratsversion ist nicht mehr viel übriggeblieben. Beide Versionen wollen im Prinzip den Leistungserbringern eine Möglichkeit geben, die Kosten zu steigern, indem man – Sie können das selber lesen – in sehr komplizierter Art und Weise sagt, man könne die Lohnkosten dem Teuerungsindex anpassen usw. plus noch etwas dazu. Mit anderen Worten: Man könnte in einzelnen Kantonen sogar aus diesem Bundesbeschluss folgern, dass der frühere Stopp, den einzelne Kantone auf der Ebene der Kassen, Aerzte und Spitäler erreicht haben, torpediert wird. Das ist nun wirklich eine Politik, die nicht mehr nachvollziehbar ist!

In Artikel 1 des Bundesbeschlusses – einem sehr entscheidenden Artikel – hat der Bundesrat vorgeschlagen, dass wenigstens im Jahr 1993 ein Preis- und Tarifstopp von seiten der Leistungserbringer stattfinden sollte. Beide Versionen – Ständerat wie Mehrheit der Kommission des Nationalrates – weichen von diesem Weg ab, und es ist nötig, mit Sofortmassnahmen einen Tarif- und Preisstopp zu verfügen, sonst brauchen wir keine Sofortmassnahmen.

4. In dieser Vorlage ist das Gleichgewicht zwischen Versicherten einerseits und z. B. Aerzten und Spitalern andererseits nicht mehr gewährleistet. Es ist zwar richtig, die Selbstverantwortung der Patienten auch ins Auge zu fassen und beispielsweise für den Spitalaufenthalt ebenfalls einen Selbstbehalt vorzusehen. Aber ich frage Sie: Ist es nicht seltsam, dass auf der anderen Seite der Preis- und Tarifstopp nicht in diese Vorlage kommen soll, ein Preis- und Tarifstopp, der diesen Namen verdient? Warum denn diese Einseitigkeit? Wollen wir dann vors Volk treten und sagen: Jetzt haben wir den Selbstbehalt erhöht, das wird dann schon wirken. Ich bestreite nicht, dass das ein wenig wirken wird. Aber wir können schlichtweg nicht auf einen Preis- und Tarifstopp verzichten, wenn wir wirklich ernsthaft etwas tun wollen.

Ich glaube, dass die Versicherten ein zweites Mal zu einseitig an die Kasse kommen. Im Kanton Zürich sitzen heute über 150 000 Versicherte in Krankenkassen, die sehr reif bis überreif für erzwungene Fusionen sind. Wer von diesem Handwerk etwas versteht, weiss, dass erzwungene Fusionen von Krankenkassen meistens von den Mitgliedern dieser Krankenkassen bezahlt werden müssen – mit überdurchschnittlich gestiegenen Prämien. Wer das nicht glaubt, der soll nachforschen und sich das erklären lassen.

Ich finde diese Politik zu einseitig. Sie spart auf jeden Fall keine Kosten, sondern sie verlagert die Kosten nur. Wir sollten keine Politik nach dem Grundsatz betreiben: Es muss etwas geschehen, aber es darf nichts passieren.

Sowohl die ständerätliche Linie als auch die Linie der Mehrheit der Kommission sind ungenügend. Es ist wohl der eine oder andere Punkt darin, den man diskutieren könnte. Wir haben jetzt Nichteintreten beantragt, um diese Grundsatzdiskussion zu führen; denn ich muss Ihnen in Erinnerung rufen: Wir beraten hier keine normale Gesetzesrevision, sondern dringliche Massnahmen. Da geht es um die Frage, was dringliches Recht ist und was nicht.

Ich bitte Sie, das zu beachten und dem Nichteintreten zuzustimmen. Diese Vorlage hat so schlichtweg keinen Sinn.

Frau Heberlein: Wir beschäftigen uns heute mit der Fortsetzung des am Freitag, den 13. Dezember des letzten Jahres, beschlossenen Dringlichkeitsprogramms, mit welchem Massnahmen für die Begrenzung der Kostensteigerung im Gesundheitswesen hätten beschlossen werden sollen. Auch die heutigen Verhandlungen – so scheint mir – stehen nicht ge-

rade unter einem glücklichen Stern; denn wie hätten Sie sich alle, die Sie die Fahne mit den zahlreichen Minderheitsanträgen heute nachmittag auf dem Tisch des Hauses liegen hatten, seriös vorbereiten können? Der Gang der Verhandlungen ermöglicht es nun, dass Sie die Vorlage mindestens über Nacht nochmals studieren können.

Der Bundesrat hat nichts anderes als seine Pflicht getan, indem er uns die Verlängerung der Vorschläge vorlegte. Wie gut er diese Pflicht erfüllt hat, kann man sich zu Recht fragen, wenn selbst Herr Bundesrat Cotti in der Kommission sagte, auch der Bundesrat habe keine Freude an diesen Beschlüssen.

Blenden wir kurz zurück. Die Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenkasse wurden für drei Jahre beschlossen. Das Verbot der Billigkassen trat sofort in Kraft. Der Risikoausgleich wird ab 1993 greifen. Die 100 Millionen Franken zur gezielten Prämienreduktion werden von den Kantonen nur zögerlich beansprucht. Sie wären eigentlich die notwendigste Massnahme zur Linderung der Prämiennot der Versicherten.

Viel schlechter steht es – meiner Meinung nach – um die Bilanz bei diesem Bundesbeschluss, den wir heute verlängern wollen. Herr Bundesrat Cotti und die Kommissionssprecher haben zwar dessen Auswirkung für die Prämienzahler gelobt, indem für 67 Prozent der Versicherten die Prämien nicht über 10 Prozent angestiegen seien und für 28 Prozent der Versicherten noch Rekurse hängig seien. Diese einseitige Optik ist zwar verständlich; denn es sind die Prämienzahler, welche in den letzten Jahren immer stärker belastet worden sind, dies aber vor allem aufgrund der während vielen Jahren eingefrorenen Bundessubventionen. Ein Beschluss, der einseitig auf die Interessen der Versicherten Rücksicht nimmt – ohne Rücksicht auf Verluste bei allen anderen –, kann aber doch wohl keine Lösung sein.

Wie sieht die Kostenentwicklung aus, welche man in den Griff bekommen wollte? Nach Aussage der Krankenkassen – wir haben dies von Herrn Rychen gehört – wirkt sich der Beschluss auf die finanzielle Situation der Kassen ruinös aus. Weil sie die Leidtragenden sind, soll man jetzt bei der Verlängerung des Bundesbeschlusses ihren Interessen entgegenkommen. Das Echo haben Sie gehört: Die Krankenkassen waren bis heute, also bis zum Brief, der ganz überraschend auf unseren Tischen liegt, alle dagegen. Wie breit abgestützt diese Meinung des Konkordatspräsidenten ist, kann man sich füglich fragen.

Ebenso negativ waren die Stellungnahmen der allermeisten Kantone. Für die Finanz- und Gesundheitsdirektoren ist der Auftrag des Parlamentes in keiner Weise erfüllt, nämlich der Auftrag, einen Beschluss zu fassen, der ihren Interessen besser Rechnung trägt. Wir haben es gehört: Die Vorschriften haben keinerlei Kostensenkungen, weder in den Spitälern noch generell, bewirkt. Je nachdem, ob ein Kanton seine Spitaltaxen in den letzten ein bis zwei Jahren angepasst hat oder nicht, treffen ihn die Massnahmen stärker oder weniger stark. Von Rechtsgleichheit kann da nicht die Rede sein.

Dass die Krankenkassen keine Verträge mehr mit den Kantonen und den Spitalverbänden abschliessen und diese nicht mehr einhalten, wenn sie sie bereits abgeschlossen haben, schafft eine Rechtsunsicherheit für alle Beteiligten. Die Zahl der im Moment beim Bundesrat hängigen Rekurse spricht eine deutliche Sprache.

Wie wollen wir denn bei Inkraftsetzen des völlig revidierten Krankenversicherungsgesetzes je einen Kostendeckungsgrad von 50 Prozent für die Allgemeinpatienten erreichen, wenn die heutigen Beschlüsse die Kantone zwingen, mit Deckungsgraden von 35 bis 45 Prozent zu leben? Wer soll die dannzumal anfallenden Differenzen tragen?

Die zentralistischen Massnahmen zu Lasten der Kantone werden nicht zuletzt auf die Allgemeinpatienten überwältet: Diese könnten gezwungen werden, die Vorschüsse persönlich ins Spital mitzunehmen.

Spitaltaxen werden übrigens je nach Kanton von den Parlamenten, von den Stimmbürgern oder von der Regierung beschlossen. Wir massen uns hier die Kompetenz an, die Spitaltaxen einfach nicht mehr zu erhöhen. Zwei Drittel der Spitalko-

sten sind Lohnkosten: Kantonale Besoldungsverordnungen, strukturelle Revisionen, Nachholbedarf des Pflegepersonals und Arbeitszeitreduktionen werden mit unseren Beschlüssen über den Haufen geworfen. Leidtragend ist einmal mehr das Personal der öffentlichen Spitäler.

Die Zunahme der Löhne und Gehälter von 16,4 Prozent gemäss Lohnindex ist nur ein Faktor für den überproportionalen Anstieg der Krankenhauskosten. Ein anderer Grund ist die Zunahme der Zahl der betagten und schwer pflegebedürftigen Patient*innen, die einen enormen personellen und medizinischen Mehraufwand verursachen. Die prekäre Lage der Kantone führte bereits dazu, dass sich die Sparmassnahmen in den Spitälern auf das Personal und auf die Leistungen auswirkten und dass die Bettenangebote verringert werden mussten. Davon profitieren können höchstens Privatversicherte, Halbpri- vatversicherte und Privatkliniken. Amerika lebt uns dieses System der Doppelversorgung vor.

Im Gegensatz zu den Aussagen im Bericht von Frau Dormann stehen auch die Vereinigungen der Berufe im Gesundheitswesen nicht hinter diesen Beschlüssen. Sie haben die Briefe des Schweizerischen Physiotherapeuten-Verbandes, der Ergotherapeutinnen und anderer freiberuflich Tätigen erhalten. Einmal mehr verhindern und erschweren wir mit punktuellen Löschaktionen die rasche und wirksame Bekämpfung des Flächenbrandes.

Lassen Sie mich zusammenfassen, weshalb die FDP-Fraktion gegen diesen Bundesbeschluss stimmen wird, wie er in der Fassung der nationalrätlichen Kommission vorliegt. Die breite Ablehnung durch Kantone, Krankenkassen und alle Leistungserbringer, auch einzelne Berufsgruppen wie Physiotherapeuten, Hebammen usw. lässt für eine rasche und gemäss dem Expertenentwurf und der Bundesratsvorlage einigermaßen ungeschorene Gesetzesrevision nichts Gutes ahnen. Der brüchige Konsens wird immer mehr zu einem breiten Graben, und es ist zu befürchten, dass alle vorhandenen guten Ansätze zum dringend notwendigen Systemwechsel einmal mehr vertagt werden.

Der letztjährige Bundesbeschluss hat keinerlei Kosteneinsparungen gebracht. Die Ausgaben sind um rund 12 Prozent angestiegen. Um mit einem Bild von Professor Buschor, einem Mitglied Ihrer Partei, Herr Bundesrat, zu sprechen – übrigens ist auch der erbitterteste Gegner dieser Vorlage, nämlich Herr Regierungsrat Wiederkehr, Mitglied Ihrer Partei –: Der Bundesbeschluss hat den gleichen Effekt, wie wenn man bei steigender Wärmezufuhr einem Heizkessel sämtliche Ventile zu- stopft und dann mit geschlossenen Augen und zugehaltenen Ohren darauf wartet, bis es alles in die Luft jagt. Dafür ist mir unser qualitativ gutes Gesundheitssystem zu schade.

Weil uns viel daran liegt, dass die Gesetzesrevision nicht gefährdet wird, weil wir aber realistischerweise feststellen müssen, dass das neue Gesetz auch beim besten Willen der Beteiligten nicht in zwei Jahren in Kraft treten wird, haben die Kommissionsmitglieder, die der FDP-Fraktion angehören, im Stände- und im Nationalrat versucht, Verbesserungen einzubringen. Anreize zu kostensparendem Verhalten sollten nicht einfach vertagt werden, weil sie nicht gerade in die drei Artikel hineinpassen. Es sind ganz kleine Schritte in die richtige Richtung, die heute realisiert werden müssen und nicht erst in vier Jahren. Die Aufnahme dieser Bestimmungen ist für uns eine *Conditio sine qua non*.

Ein Teil der Fraktion wird aus den angeführten, grundsätzlichen Überlegungen gegen Eintreten stimmen. Ich habe diesen Antrag in der Kommission gestellt. Die SVP hat mich damals nicht unterstützt. Jetzt nimmt sie diesen Antrag selber auf, aber aus anderen Gründen. Die definitive Stellungnahme zu diesem Vorschlag werden wir uns je nach Ausgang der Verhandlungen hier im Rat vorbehalten.

Borer Roland: Der Markt im Gesundheitswesen funktioniert nicht mehr. Diese Feststellung haben wir vor nicht ganz einem Jahr gemacht. Die gleiche Feststellung müssen wir auch heute wieder machen. Wir haben vor einem Jahr Massnahmen beschlossen. Diese haben nur in einem Bereich gegriffen, nämlich dort, wo zwischen Jung und Alt wieder eine gewisse Solidarität herrscht. In allen anderen Bereichen haben

unsere Massnahmen, von denen wir geglaubt haben, sie würden etwas bringen, versagt.

Meine Fraktion ist der vollen Ueberzeugung, dass auch die jetzt geplanten Massnahmen nicht zum Erfolg führen werden. Deswegen werden wir den Nichteintretensantrag von Herrn Rychen unterstützen.

Wo liegt das Problem? Das «Anbieterkartell» einerseits – ich sage bewusst Kartell – nützt seine Stellung im schweizerischen Gesundheitswesen schamlos aus. Wir haben vorhin von der Sprecherin der FDP-Fraktion gewisse Bedenken gehört, dass eine Reduktion der Spitalbetten Probleme ergäbe. Wir haben aber in der Schweiz viel zu viele Spitalbetten. Wir haben Ueberkapazitäten. Diese Ueberkapazitäten werden von Spitalverwaltern, Chefärzten, Oberärzten usw. als vorhanden betrachtet und nach einem rein betriebswirtschaftlichen Denken, nach rein betriebswirtschaftlichen Kriterien belegt. Nennen Sie mir Spitäler, wo heute Patienten am Freitag entlassen werden! Das macht doch kein Spitalverwalter mehr. Samstag, Sonntag muss das Bett belegt werden, das ist ein Drittel der Woche. Am Montag ist Entlassung, dann kommen die neuen Patienten. Ende Jahr kann der Spitalverwalter dem kantonalen Sanitätsdirektor sagen: Schau mal, wie gut wir ausgelastet gewesen sind, wie gut wir betriebswirtschaftlich gearbeitet haben!

Die Aerzte könnten im Jahr 1993 zuwenig verdienen – auch da sieht man einige Kummerwolken aufziehen. Die Aerzte werden es wie 1992 machen, nämlich mit der Mengenausweitung dafür sorgen, dass Ende Jahr der Umsatz wieder stimmt. Wer will kontrollieren, ob es überhaupt nötig war, dass ein Patient statt einmal zweimal, fünfmal oder sechsmal in der Arztpraxis aufgetaucht ist?

Ein Sparpotential wäre weiter auch vorhanden, wenn Aerzte vermehrt Generika einsetzen würden, also Medikamente, die kopiert werden, wenn die Patentfrist abgelaufen ist. Auch dafür ist leider kein grosses Interesse vorhanden. Am Originalmedikament verdient man in der Regel mehr als an der billigen Kopie.

Das grösste Finanzproblem im Gesundheitswesen ist nicht die chemische Industrie mit den Medikamentenpreisen, sondern das sind die Spitäler. Schauen Sie in die Statistiken des Bundesamtes für Statistik: Die Spitaltaxen sind von 100 auf 251,1 Prozent angestiegen; dies in den Jahren 1977 bis Ende 1991. Das sind die Zahlen, wie sie sich heute zeigen.

Hat der Konsument Interesse am Sparen? Das glauben Sie doch wohl auch nicht. Auch der Konsument, sprich Patient, hat ein sehr, sehr geringes Interesse am Sparen. Die teuren Prämien, die wir heute in der Schweiz haben, müssen amortisiert werden. Wenn man schon hohe Prämien bezahlt, dann will man auch eine Gegenleistung; das führt dazu, dass sehr viele Patienten sehr oft zum Arzt gehen und sich Medikamente in rauen Mengen verschreiben lassen, damit sie ihre hohen Prämien am Schluss amortisiert haben.

Ein Problem, das hier nicht ausser acht gelassen werden darf: Den meisten Patienten fehlt selbstverständlich auch das Fachwissen, und die Methode, dass ein Patient heute das Angebot des Arztes oder des Spitals überprüfen soll, funktioniert wirklich nicht. In diesem Bereich sind auch die Krankenkassen mitschuldig. Wenn es darum geht, Rechnungen zu überprüfen, ist die Unterstützung von den Krankenkassen eher klein.

Was bewirken wir mit dem Geschäft, das uns heute vorliegt? Wir versuchen einmal mehr, Zeit zu gewinnen. Wir machen einmal mehr «Pflästerlipolitik» im Gesundheitswesen, wo doch eigentlich eine Notoperation angesagt wäre. Diese «Pflästerlipolitik» – Sie sehen es an den verschiedenen Anträgen – wird nicht zum Ziel führen. Irgendeinmal wird den Patienten, den Krankenkassenprämien-Zahlern, für das, was wir jetzt beschliessen – wenn wir auf diesen Prämienstopp drängen –, die Rechnung gemacht.

Wir müssen das System ändern. Wir müssen endlich klar den Willen zeigen, dass wir jetzt das Krankenversicherungsgesetz radikal ändern wollen. Wir müssen dafür sorgen, dass der Anbieter – sprich Spital, sprich Arzt – am gesunden Schweizer verdient und nicht am kranken. Heute ist es umgekehrt; deswegen sind auch so viele Leute krank.

Die Ideen der Herren Professoren Sommer und Leu zeigen in

meinen Augen einen Weg auf, der in der Zukunft richtig sein könnte. Ich glaube aber nicht daran, dass dieses Parlament den Mut für diese radikalen, grundsätzlichen Aenderungen aufbringt, wie sie uns die Professoren Sommer und Leu als Idee vorgegeben haben.

Wir lehnen den vorliegenden Beschlussentwurf ab, da wir es leid sind, in der Gesundheitspolitik immer nur die dringendsten Symptome zu bekämpfen. Mit dieser Politik ist das Grundübel nicht behoben. Wenn trotzdem Eintreten beschlossen wird, werden wir bei Artikel 1 die Minderheit I, bei Artikel 2 die Minderheit, bei Artikel 3 die Minderheit II und den Eventualantrag der Minderheit III unterstützen. Bei den Artikeln 5 und 6 werden wir für die Minderheit, bei Artikel 7 Absatz 2 für die Minderheit, bei Artikel 7 Absatz 3 für die Minderheit, bei Artikel 8 für die Minderheit und bei Artikel 9 für den Antrag Epiney stimmen. Alle Anträge, die zusätzliche Leistungen verlangen oder aufnehmen wollen, die heute in diesem Gesetz nicht geregelt sind, lehnen wir ab.

*Hier wird die Beratung dieses Geschäftes unterbrochen
Le débat sur cet objet est interrompu*

*Schluss der Sitzung um 20.05 Uhr
La séance est levée à 20 h 05*

92.067

**Krankenversicherung. Massnahmen
gegen die Kostensteigerung 1993–1994.
Bundesbeschluss****Assurance-maladie. Mesures
contre l'augmentation des coûts 1993–1994.
Arrêté fédéral***Fortsetzung – Suite*

Siehe Seite 1961 hiavor – Voir page 1961 ci-devant

Sieber: Beim Thema Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung steht immer ein Wort im Zentrum: Dieses Wort heisst Kostenbremse. Bei diesem Wort entstehen bei mir ganz bestimmte Assoziationen. Ich denke an einen Bauern, bei dem ich vor dreissig, vierzig Jahren arbeitete, der jeweils vom Hirzel steil bergab gegen den Sihlsprung fuhrwerkte und mich mit dem Bremsmanöver betraute. Ich überlegte mir damals als Junge verantwortungsbewusst: Bremsen rechtsherum drehen oder linksherum? Rechtsherum drehen heisst: Die Bremsklötze pressen sich an die Kufen. Linksherum bedeutet: Die Bremse wird gelöst.

Das soll keine politische Anspielung sein, sondern eine Anspielung auf die Situation in unserem Gesundheitswesen. Wenn wir jetzt nämlich nicht bremsen, geht der Karren böß nebenaus, dann gibt es, wie wir Zürcher sagen, «es Lumpenfueder».

Es gibt auch andere Bremsen als die Bremsen an den Brückenwagen: es gibt Trommelbremsen. Sie sind sehr zentralistisch; es gibt den Rücktritt, z. B. bei den Militärfahrrädern; es gibt auch die Felgenbremse, sie funktioniert an der Peripherie. Und diese Peripherie, das sind für mich jene Bevölke-

rungskreise der weniger Bemittelten, der Armen, die unter der Prämienbelastung je länger, je mehr leiden und die die Schmerzengrenze erreicht haben. Es geht hier um die neue oder alte Armut; um eine halbe Million Menschen, die aufgrund ihrer sozialen Situation unter dem Prämienruck ganz ordentlich leiden. Ich denke auch an die Arbeitslosen, die je länger, je weniger diese Prämien zu zahlen imstande sind. Deshalb stimmt die LdU/EVP-Fraktion diesem Massnahmenpaket zu und ist für Eintreten.

Wir sind vor allem auch für den Artikel 1, in dem deutlich von einem generellen Präisstopp die Rede ist, mit Ausnahmebedingungen z. B. für Aerzte, die ihre Behandlungskosten 1990–1992 nicht um mehr als den Landesindex plus ein Drittel anheben, ebenso für junge Aerzte, die möglicherweise eine eigene Praxis eröffnen wollen.

Noch einmal: Die EVP/LdU-Fraktion stimmt für Eintreten.

Lassen Sie mich noch einige Gedanken anfügen. Es ist uns selbstverständlich klar, dass die Kostenbremse den Leistungserbringern Härtefälle bringen kann. Aber ich nehme an, dass dies verkraftet werden sollte. Wir müssen uns jedoch bewusst sein, dass es hier um eine Übergangslösung geht und dass nach wie vor das KVG, das revidierte Krankenversicherungsgesetz, Priorität haben wird.

Ein Zweites: Es muss uns auch klar sein, dass ohne die Verantwortung verschiedenster Kreise ein solches Gesetz nicht greifen wird. Ich denke an die Ärzteschaft und an die Spitäler, die sich nicht noch weiter in Mengenerweiterung üben sollten. Es ist bekannt, dass es z. B. das wurde gestern hier gesagt – Spitäler gibt, die ihre Patienten statt am Freitag erst am Montag entlassen – sicher nicht, um den Spitalpfarrern eine Chance zu geben oder wegen der Sabbat- oder der Sonntagsruhe.

Ich denke auch an die Tatsache, dass in vergangener Zeit tatsächlich Mandeloperationen, Gebärmutteroperationen durchgeführt wurden, die gar nicht nötig gewesen wären, also im Grunde genommen nur aus Profitgründen durchgeführt wurden. Ich denke in diesem Zusammenhang auch an die schweizerischen Patientenorganisationen, die in ihrer beratenden Funktion unterstützt und finanziell getragen werden sollten. Ich denke aber auch an unsere Bevölkerung. Es müsste doch nicht sein, dass man wegen jedem Schnupfen zum Arzt rennt!

Für mich ist hier noch ein brisantes Thema wichtig: das Verhältnis des modernen Menschen zum Tod. Wir sind uns gewohnt, Leben zu verlängern, endlos zu verlängern, technisch, biologisch, medizinisch, mit wissenschaftlicher Perfektion; Leben um jeden Preis. Sterben will heute niemand. Auch das hat bestimmt mit den zur Diskussion stehenden Themen zu tun. Man müsste sich darüber noch mehr Gedanken machen.

Ich denke auch daran, dass in den nächsten Jahren der Anteil der Rentnerinnen und Rentner in unserem Land 20 Prozent erreichen wird. Das würde doch nach mehr Ausbau von Spitex und mehr Unterstützung der sanften Medizin rufen.

Zum Thema der Prävention: Muss es wirklich sein, dass wir alle Fragen der Gesundheit immer und auf jeden Fall an Aerzte delegieren? Müsste nicht unsere Bevölkerung neu die Selbstverantwortung für ein gesundes Dasein übernehmen? Prävention würde für mich auch bedeuten, dass z. B. in den Schulen Gesundheitserziehung betrieben wird. Spassig gesagt: Im Religionsunterricht könnten Lektionen über ökumenische Heilkräuterkunde gehalten werden. Spass beiseite: Gesundheitserziehung sollte schon in der Schule beginnen.

Ich komme zurück auf die Assoziation Bremsen, Felgenbremsen, Felgen und damit auf jene Bevölkerung, die diese Massnahmen dringend nötig hat: Die Bevölkerung, die auf den Felgen ist, braucht Luft. Luft können wir der Bevölkerung geben, wenn wir Eintreten beschliessen und diesen Massnahmen zustimmen. Wenn wir das nicht tun, haben wir uns möglicherweise doch noch den falschen Finger verbunden.

Keller Rudolf: Einmal mehr müssen wir über die Krankenkassenprämien diskutieren. Wir haben im letzten Dezember für ein Jahr dringliche Massnahmen beschlossen, müssen aber feststellen, dass trotz dieser sogenannten Massnahmen nach wie vor alle Grundübel vorhanden sind. Den Prämienzahlern gaukeln wir vor, dass wir die Prämienzunahme mit der im letz-

ten Dezember beschlossenen Prämienbegrenzung etwas gebremst hätten. Das stimmt gar nicht. Die Kosten laufen uns weiter davon. Die Spitäler sind mit ihren Tarifen viel zu teuer und führen gar – wie in den Kantonen Baselland und Basel-Stadt – einen Spitalkrieg auf Kosten der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler, kündigen Spitalabkommen usw.

Die Arzttarife sind auch nicht günstiger geworden – im Gegenteil. Wer Tabletten, Spritzen, Antibiotika usw. braucht, stellt fest, dass die Teuerung munter weitergeht. Zu guter Letzt jammern auch noch die Krankenkassen. Das ganze Gesundheitswesen ist ein Aergernis, ist eine einzige Krise, und bezahlt wird dieses Aergernis nach wie vor vor allem von den vielen Prämienzahlerinnen und Prämienzahlern. Diese sind unzufrieden mit uns.

Nationalrat und Ständerat laborieren nun am zweiten dringlichen Bundesbeschluss herum. Der Bundesrat hat – das möchten wir betonen – sein Möglichstes getan. Er konnte nicht viel mehr als den vorliegenden dringlichen Bundesbeschluss lancieren und die KVG-Gesetzesrevision vorlegen.

Der Ständerat hat nun noch am bundesrätlichen Vorschlag herumgedoktert. Ich sehe das gar nicht gerne. Unsere Fraktion tritt zwar grundsätzlich auf diese ständerätliche Variante ein, doch wollen wir bei Artikel 1 zur klareren bundesrätlichen Fassung zurückkehren. Sie ist effizienter und besser formuliert.

Im grossen und ganzen sollten wir diesen Bundesbeschluss – sehr schweren Herzens allerdings – verabschieden, auch wenn er uns ganz und gar nicht gefällt, auch wenn er in sehr vielen Punkten verbesserungswürdig ist und wir gerne noch diese oder jene Frage darin behandelt gehabt hätten. Das geht jetzt bei diesem Bundesbeschluss einfach nicht. Dringliche Massnahmen sind vonnöten, um wenigstens ein klein wenig kostenbremsend zu wirken.

Bei den Detailfragen ist die Fraktion der Schweizer Demokraten und der Lega dei Ticinesi ganz klar dagegen, dass man im Artikel 3 die kleinen Leute noch mit einem Beitrag von 10 Franken pro Tag an die Behandlungskosten im Spital bestrafen möchte. Wir sind froh, dass die Kommission – u. a. auch auf unseren Antrag hin – die Streichung dieser unsozialen Massnahme vorschlägt.

Den Tarif- und Preisstopp im ambulanten Bereich unterstützen wir. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb der Ständerat von diesem Beschluss mit einem Rückkommensantrag wieder abgewichen ist.

Es wurde auch darüber diskutiert, die Naturheilmittel salonfähiger zu machen. Dem stimmen wir grundsätzlich zu; aber dies kann nicht im Rahmen dieses Beschlusses, sondern erst in der Gesetzesrevision erfolgen.

Im übrigen sollten wir in diesem Beschluss nicht allzu viele Sondermassnahmen – auch Ausnahmen für Prämienbegrenzungen – zulassen, wie das von einigen gefordert wurde. Die SD/Lega-Fraktion unterstützt deshalb die Forderung in Artikel 5 Absatz 2, dass das Departement über die Ausnahmen bei der Festlegung der Prämiensätze beschliessen kann. Da es sich hier um Massnahmen mit einer Geltungsdauer von nur zwei Jahren handelt, muss schnell gehandelt werden können, und auch der Instanzenweg muss möglichst kurz sein. Das ist nur via Departement überhaupt möglich; sonst geraten wir in eine unmögliche Bürokratie.

Auch wenn die Verlockung sehr gross ist, noch einige weitere Artikel oder gar einzelne Massnahmen aus diesem Bundesbeschluss herauszunehmen oder auch, was einige von Ihnen wollen, nicht auf diesen Bundesbeschluss einzutreten, so sollten wir das mit Blick auf die Prämienzahlerinnen und -zahler doch heute nicht tun. Wir sollten eintreten.

Wir dürfen uns auch nicht von den Referendumsdrohungen der Kantone und anderer Kreise beeindruckt lassen. Gerade die Kantone haben mit ihren Spitalpolitiken oder den sehr hohen Aertzelöhnen usw. in den vergangenen Jahren nicht eben kostendämpfend gewirkt. Unterstützen wir deshalb jetzt den Bundesrat in seinen Bemühungen, etwas beruhigend einzuwirken. Die Fraktion der Schweizer Demokraten und der Lega dei Ticinesi wird dies tun, auch wenn es ihr sehr schwerfällt. Erlauben Sie mir zum Schluss eine persönliche Bemerkung: Es ist zwar nicht populär, aber vielleicht wäre es längerfristig

doch vernünftig, den Numerus clausus für Aerzte einzuführen, um so die Aerztedichte wieder etwas zu verringern, was sehr weitgehend kostendämpfend wirken würde. Ich überlege mir dies sehr ernsthaft. Tun Sie dies doch auch!

On. Maspoli: Leggendo gli articoli apparsi sulla stampa confermata negli ultimi giorni mi sono chiesto se non fosse il caso di organizzare una colletta per sostenere le povere casse ammalati. Nello stesso tempo però mi sono chiesto: dove vanno a prendere i soldi le casse ammalati per la loro pubblicità? Dove vanno a prendere i soldi per le faraoniche costruzioni che riempiono l'intero Paese? Dove vanno a prendere i soldi i «cassamalati» per invitare i parlamentari allo «Schweizerhof» con il solo scopo di indottrinarli?

Da troppo tempo i «cassamalati» prendono in giro i loro assicurati e sperperano allegramente, senza ritengo alcuno, i soldi dei loro assicurati e i soldi pubblici.

Se volete alcuni esempi ve ne faccio soprattutto uno: la «Helvetia», la cassa che oggi piange più di tutte le altre, nel solo Cantone Ticino intrattiene qualcosa come 103 uffici – 103 uffici nel Cantone Ticino! A tutt'oggi le casse ammalati non sono state in grado di presentare i loro conti in modo pulito, ad esempio non sanno ancora distinguere tra soldi spesi per prestazioni di base e soldi spesi per prestazioni cosiddette complementari. Ebbene, nell'era del computer ciò non è e non può essere possibile. E dunque qui lo dico e lo ridico: i «cassamalati» sono in perfetta malafede; non meritano dunque nessun appoggio, nessun sussidio e soprattutto nessuna pietà.

La nostra frazione si impegnerà a fondo per evitare che queste persone possano continuare a terrorizzare le cittadine ed i cittadini del nostro Paese con le loro continue minacce di aumentare i prezzi. Ed ecco perché noi appoggeremo il Consiglio federale fino in fondo e, come ha sottolineato il collega Keller Rudolf, entreremo in materia e faremo di tutto per evitare che alle cittadine ed ai cittadini del nostro Paese verrà imposto un ulteriore aumento dei premi delle casse ammalati. Questa, egregia, esimia e gentile collega Heberlein, è la conditio sine qua non, e non un'altra.

Eymann Christoph: Die liberale Fraktion ist nicht glücklich darüber, dass ein weiteres Mal Symptombekämpfung betrieben wird. Unter dem grossen Kostendruck müssten sich Regierung und Parlament zusammen mit den Betroffenen um die Ursachen kümmern.

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich müssen die Gründe für den starken Kostenanstieg ermittelt werden: es sind dies u. a. der Konsum von Dienstleistungen im medizinischen und paramedizinischen Bereich in zu grossen Mengen, fehlende oder schlechte Koordination in der kantonalen Spitalpolitik, zu wenig Information der Patientinnen und Patienten über die Gründe der Kostensteigerung und über kostenerhöhendes Verhalten, die Altersstruktur der Bevölkerung usw.

Für uns als Liberale sind Selbstbeschränkung und Eigenverantwortung sehr wichtig. Wir sind überzeugt, dass Aerztinnen und Aerzte, Physiotherapie-Institute und weitere Leistungserbringer im Gesundheitswesen aktiv mitwirken und selbst noch Vorstellungen haben werden, wie Kosten gespart werden könnten – dass sie also Eigenverantwortung zeigen werden. Auch Patientinnen und Patienten könnten mit geeigneten Mitteln motiviert werden, sich kostenbewusst zu verhalten.

Wenn wir heute mehr Sympathien für die Fassung des Ständerates haben, so deshalb, weil dies die weniger starre Lösung ist. Wir stimmen auch einer separaten Lösung für Tarife und Preise im teilstationären Bereich zu. Die Einführung eines nicht versicherbaren Beitrags an die Behandlungskosten ist ein Schritt in die richtige Richtung. Das Kostenbewusstsein kann so gefördert werden.

Sehr wichtig ist für uns Artikel 8 in der Fassung des Ständerates. Hier werden Ansätze der Ursachenbekämpfung aufgezeigt. Wir werden der Linie folgen, die der Ständerat vorgezeichnet hat.

Frau Gonseth: Das Problem, dass viele Bürgerinnen und Bürger in unserem Land durch zu hohe und noch steigende Krankenkassenprämien zu arg belastet und bedrängt werden, ist

nicht gelöst. Die grüne Fraktion begrüsst und unterstützt deshalb die Absicht des Bundesrates, gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung eine konsequente Sparpolitik fortzusetzen, und votiert deshalb für Eintreten auf die Vorlage.

Heute zeigt sich, dass der dringliche Bundesbeschluss vom Dezember 1991 die massive Entsolidarisierung durch die Billigkassen gestoppt hat. Mit dem heutigen Bundesbeschluss werden wir endlich auch die Diskriminierung der Frauen aufheben, indem nach Artikel 4 die Prämienungleichheit für Frauen und Männer eingeführt wird. Es zeigt sich jedoch, dass mit den Beschlüssen vom Dezember 1991 die anvisierte Kostenbremse noch nicht eingetreten ist. Dies war auch nicht zu erwarten, da die durch die Beschlüsse eingeleiteten Massnahmen erst nach etwa ein bis drei Jahren Auswirkungen zeigen werden. Der voreilige Schluss von Frau Heberlein und von Herrn Borer Roland, die bisher eingeleiteten Massnahmen seien schlecht, weil sie nicht schon in den ersten sechs Monaten das erwünschte Resultat erbracht hätten, ist deshalb völlig irrig und unsachlich.

Die grüne Fraktion erachtet es als richtig und nötig, die eingeleitete Sparpolitik mit einem erneuten dringlichen Bundesbeschluss konsequent fortzusetzen, damit die Auswirkungen der Kostenbremse jetzt tatsächlich zum Tragen kommen können und dieses Ziel nicht auf die Revision der Krankenversicherung verschoben wird.

Es ist sowieso zu befürchten, dass jene, die heute zu diesen Beschlüssen nicht ja sagen können, auch bei der Totalrevision der Krankenversicherung nicht ja sagen werden, wenn es im Interesse des Ganzen darum geht, vom eigenen grossen Kuchenstück etwas abzugeben.

Was bedeutet die von Frau Heberlein und Herrn Borer Roland vielbeschworene Systemumkehr denn anderes, als dass alle Leistungserbringer sparen und rationalisieren müssen? Woher soll denn bei der Totalrevision die Kosteneinsparung sonst kommen? Ein Patentrezept für die Lösung der horrenden Krankenversicherungskosten gibt es in der heutigen Lage nicht, auch mit der Totalrevision nicht. Die von der Mehrheit der Kommission verabschiedete Variante ist zumindest die sozial verträglichste und als vorübergehende Massnahme gut vertretbar.

Die grüne Fraktion unterstützt bei allen Beschlüssen die Mehrheit der Kommission, ausser bei Artikel 8a (neu).

Insbesondere bekämpfen wir bei diesem Bundesbeschluss die Einführung der Kostenbeteiligung im Spital, wie dies die Minderheit wünscht. Anstelle von wirklichen Sparmassnahmen werden damit durch die bürgerliche Minderheit aus Vertretern von FDP und Liberalen die Kosten einfach auf die Kranken abgewälzt. Anstelle der bisherigen Entsolidarisierung zwischen Jungen und Alten und zwischen Männern und Frauen soll damit die Entsolidarisierung zwischen Gesunden und Kranken eintreten. Gewiss, auch wir Grüne wenden uns nicht grundsätzlich gegen eine Kostenbeteiligung im Spital, doch soll diese im Rahmen der Totalrevision und sozial abgedeckt erfolgen.

Wir werden bei der Detailberatung unsere Argumente gegen die vielen Minderheitsanträge der Bürgerlichen noch ausführen. Wir wenden uns gegen jede Aushöhlung der sozialen Massnahmen. Zudem lehnen wir den Nichteintretensantrag von Herrn Rychen ganz entschieden ab. Herr Rychen will nämlich die bedrängten Prämienzahlerinnen und Prämienzahler noch für einige Jahre im Regen stehen lassen. Dies ist für uns Grüne nicht akzeptabel.

Wir votieren deshalb für Eintreten.

M. Zisyadis: Dans quel monde vivent donc les conseillers aux Etats? Nous avons été agréablement surpris ces derniers temps de leur prise de position que nous trouvions moins réactionnaire qu'à l'accoutumée. Mais, décidément, il semble que la Chambre des cantons, comme l'année passée, au moment de l'arrêté fédéral urgent sur la même question, a une sorte d'abcès de fixation antipopulaire sur l'assurance-maladie, à moins que les conseillers aux Etats ne soient tout simplement trop sensibles au lobby des grands médecins et des trusts pharmaceutiques.

Il n'est pas question d'accepter les modifications apportées par le Conseil des Etats. Si c'était le cas, M. Cotti, conseiller fédéral, pourrait «remballer» son projet, à tel point que l'arrêté soit vidé de toute substance. Nous sommes une nouvelle fois en présence d'une modification qui a un caractère d'austérité à sens unique. Il n'y a décidément que les assurés et les malades qui sont dans le collimateur de la proposition du Conseil des Etats.

Le problème est que, en attendant la révision de la LAMA, l'on court au plus pressé et l'on décide des mesures temporaires, sans réfléchir à plus long terme pour savoir de quelle médecine notre pays a besoin. A force de courir comme des lièvres, on aboutit à des mesures hybrides qui mécontentent tout le monde, et les assurés, et les médecins, et les caisses-maladie. Décidément, certains pensent que la meilleure politique est de ne pas faire de choix politique net, de mécontenter à gauche et à droite: le consensus par le mécontentement, en quelque sorte!

Le Parti suisse du travail (POP) n'entend pas participer à cette anesthésie générale, face à une crise évidente des coûts de la santé. Le problème principal est le fabuleux transfert des charges, décidé il y a une quinzaine d'années avec le blocage des subventions aux caisses-maladie. Vous savez que la participation des pouvoirs publics aux frais médicaux et hospitaliers était de 45 pour cent en 1975. Elle n'est plus que du tiers aujourd'hui: 20 milliards d'économies en 15 ans. Il n'y a pas l'ombre d'une réponse urgente à cette réalité incontournable, à la base de la crise qui frappe les assurés.

Le Parti suisse du travail avait accepté, en décembre dernier, les mesures minimalistes urgentes, selon le principe: qui veut le plus, prend le moins. Mais aujourd'hui, tout ce magma que l'on nous présente manque de cohérence. Bloquer les tarifs de la médecine ambulatoire est encore une mesure de type linéaire, qui respire la facilité et le manque d'imagination. D'une part, le gel des tarifs sera facilement contourné et, par ailleurs, il y aura des effets pervers évidents avec la mise en place d'une médecine à deux vitesses. Il y aura la médecine de la pauvreté qui restera proche des gens, une médecine généraliste qui a été une des fiertés de notre pays et qui, globalement, est sous-payée, face à une médecine de la richesse, ultratechnologisée, spécialisée et surpayée à cause de la survalorisation des actes techniques.

Je vous présente deux chiffres éloquentes: savez-vous qu'un quart des médecins se partage la moitié des honoraires en Suisse et, inversement bien sûr, les trois quarts des autres se partagent l'autre moitié? Savez-vous que dix pour cent des revenus les plus élevés des médecins se partagent un quart des honoraires? Face à ces chiffres, que propose le Conseil fédéral? Rien, strictement rien, si ce n'est des gels linéaires, sans distinction, sans intervention sur les inégalités évidentes à l'intérieur de cette profession. Si vous refusez la pression sélective sur les médecins, si vous refusez de sanctionner les revenus inadmissibles de 800 000 francs ou un million par an de cette profession, qui sont pourtant connus des caisses-maladie ainsi que de la Confédération, vous aboutissez à des effets pervers qui sont déjà en place. Ils sont le fait de l'impunité dont jouit une médecine ultrariche, qui entraîne plus d'actes médicaux techniques, afin de maintenir le pouvoir d'achat des médecins ainsi que — osons le dire — de leurs assistants ou assistantes.

La seule solution temporaire urgente consisterait à différencier le gel. Il faut le refuser pour les actes de base, les actes intellectuels de relation avec les patients, et l'imposer pour les actes techniques. Mais de cela, il n'y a pas trace dans le projet du Conseil fédéral ni dans celui du Conseil des Etats. De même, l'introduction d'une taxe hospitalière de 10 francs, puis certainement de 20 francs, en attendant peut-être de 30 francs et plus, est un bouleversement fondamental de nos habitudes en matière hospitalière. On ne peut l'accepter, en l'état, dans des mesures temporaires urgentes, sans l'entourer pour le moins de filets de sécurité sociaux. Personne ne va à l'hôpital pour le plaisir et, à cet égard, c'est le médecin qui fixe la durée des séjours hospitaliers, rappelons-le. En décidant de pénaliser l'ensemble des malades, ce sont les plus démunis que vous allez toucher, en leur faisant perdre leur dignité et en les repoussant vers l'assistance.

Nous ne mettrons pas, pour notre part, le doigt dans cet engrenage qui ressemble à un marchandage de mauvais aloi: ou la taxe hospitalière est exclue de cet arrêté et nous voterons sur la pointe des pieds ces quelques mesures, ou elle est maintenue et nous rejetterons alors l'ensemble de cet arrêté. Je puis d'ores et déjà vous annoncer que le Parti suisse du travail lancera un référendum, si c'est le cas, sur cette taxe hospitalière.

Bortoluzzi: Ich kann mich vom ersten Eindruck, den dieser Bundesbeschluss auf mich gemacht hat, nicht lösen. Es ist — ob in der Version des Bundesrates, des Ständerates oder der Mehrheit der Kommission unseres Rates — eine fragwürdige staatliche Intervention, die in jedem Fall eine weitere Flucht in die Ueberversorgung möglich macht. Die negative Entwicklung der vergangenen Jahre wird also nicht gestoppt.

Alle Staatsgläubigen übertreffen einander gegenseitig mit Ideen und Vorschlägen, die in diesem Bundesbeschluss ihren Niederschlag finden. Die grundsätzlichen Schwächen allerdings bleiben uns erhalten. Man harmonisiert und solidarisiert fröhlich weiter, bis demnächst der Letzte, der noch nicht allzusehr von der angebotenen ärztlichen Versorgung Gebrauch gemacht hat, das Gefühl bekommt, aufgrund seines immer grösser werdenden finanziellen Beitrages müsse er nun auch endlich einmal zum Doktor gehen. Für alle Beteiligten, ob Aerzte, Patienten oder Krankenkassen, ist eine solche Entwicklung demotivierend.

Wirksame Massnahmen müssen auf die Gesetzesrevision vertagt werden, das ist klar. Die Krankenkassen als Vertreter der Benutzer sollten, wie die Leistungserbringer auch, marktwirtschaftlichen Spielraum erhalten; so etwas ist möglich. Ein dringlicher Bundesbeschluss ist ein ungeeignetes Mittel, um dieses Anliegen unterzubringen. Den Schwarzen Peter nun teilweise den Patienten zuzuschieben, indem man neue Selbstbehalte festlegt, dürfte auch nicht allzuviel bringen. Es ist ja nach wie vor so, dass der Stellenwert von ärztlichen Anordnungen in der Bevölkerung hoch ist. Sie werden nach wie vor als eine von Gott gegebene Weisheit empfunden, mindestens bei einem grossen Teil der Patienten. Dieser Umstand ist bei jeder gesetzlichen Bestimmung in diesem Bereich miteinzubeziehen. Es dürfte somit die Ausnahme bleiben, wenn sich künftig Patienten wegen persönlichen Beiträgen im stationären Bereich nicht in Spitalpflege begeben.

Schnellschüsse erreichen ihr Ziel selten. Wirklich tiefgreifende Massnahmen enthält dieser Bundesbeschluss nicht. Wenn man die Ablehnung der Kantone miteinbezieht, die verschiedenen Stossrichtungen und Philosophien von Bundesrat, Ständerat und unserer Kommission betrachtet, wäre es besser, sich zum Ziel zu setzen, die Totalrevision der Krankenversicherung nun wirklich anzugehen. Es ist möglich, dass diese innert einem Jahr verabschiedet werden könnte, wenn man wollte. Manchmal denke ich, man wolle gar nicht recht. Es bringt nichts, wenn wir uns hier über mehr oder weniger Nutzen von oberflächlichen Massnahmen streiten.

Die SVP-Fraktion wird den Nichteintretensantrag unterstützen.

Jöri: Die SP-Fraktion ist für Eintreten auf das Geschäft. Das Gesundheitswesen und die darin eingeschlossene Krankenversicherung stellen ein weitverzweigtes Netz von Beteiligten und Betroffenen dar. Wenn wir nur das kaum durchschaubare Finanzierungsgeflecht betrachten, so wissen wir sofort, warum eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes seit Jahren blockiert ist. Keineswegs blockiert ist dagegen die ungebremste Kostenentwicklung, die viele Gründe hat. Ich erwähne die massive Zunahme von Arztpraxen, den Ausbau der Spitalmedizin auf hohem Niveau, die demographische Entwicklung in der Bevölkerung und, last but not least, unsere konsumorientierte Lebenseinstellung, die logischerweise vor dem Medizinalangebot nicht haitmacht.

Die Kosten sind aber nicht das Hauptproblem, sondern deren sozial ungerechte Verteilung: immer einseitiger auf die Schultern der Versicherten. Im internationalen Vergleich belegt die Schweiz bei der Kosten den 10. Rang von 17 untersuchten Industrieländern. Dagegen haben die Schweizer Versicherten den mit Abstand grössten Anteil an Gesundheitskosten selber zu berappen. Die sozial gerechte Aufteilung der Kosten ist das

Problem in unserem Gesundheitswesen, und diese ist mit einem Krankenversicherungsgesetz sage und schreibe aus dem Jahr 1911 nicht mehr im geringsten sichergestellt.

Das KVG ist nach Aussage von Herrn Bundesrat Cotti das mit Abstand unsozialste in unserem gesamten Sozialversicherungsnetz. Unsozial deshalb, weil alle, unabhängig vom Einkommen, die genau gleich hohe Kopfprämie zu bezahlen haben. Die Lage an der «Kopfprämienfront» hat sich in den letzten Jahren derart zugespitzt, dass immer mehr Menschen bis weit in die Mittelschicht unserer Bevölkerung hinein die Prämien nicht mehr aus eigenerwirtschafteten Mitteln berappen können. Sie können sich also die Absicherung gegen die Folgen von Krankheit nicht mehr leisten. Nach Prognosen des Bundesamtes für Sozialversicherung sind es bis zum Jahr 2000 über 50 Prozent der Bevölkerung; von 1992 bis 1995 ist eine Verdoppelung der Prämien angesagt.

Ein Eckpfeiler unseres Sozialversicherungssystems gerät dadurch in arge Schiefelage. Eine weitere Mehrbelastung ist angesichts dieser Tatsache nicht mehr zu verantworten und muss bis zum Inkrafttreten des revidierten KVG abgefedert werden.

Das ist das Hauptanliegen, das wir heute diskutieren, nicht die Partikularinteressen verschiedenster Kreise, die den Tanz der hochentwickelten Egoisten im Gesundheitswesen mitmachen. Heute stehen endlich die Versicherten im Zentrum der Diskussion, nachdem sie in den letzten Jahrzehnten die Kostenentwicklung fast voll und ganz zu tragen hatten, mit hohen, unsozialen Kopfprämien, mit Franchisen und Selbstbehalten. Eine Kostenbeteiligung im Spitalbereich steht für uns ausserhalb jedes Verhandlungsspielraums; das möchten wir ganz klar festhalten. Wir werden den Kantonen und den Krankenkassen entgegenkommen. Die Kantone dürfen zur finanziellen Entlastung im stationären Bereich Tarif und Preise beschränkt erhöhen. Sie haben aber nichtgelöste Hausaufgaben im Bereich der überregionalen, interkantonalen Spitalplanung, bei der Definition der Leistungsaufträge der einzelnen Spitäler, beim Abbau der überzähligen Akutbetten und bei der Reduktion der Spitalaufenthalte auf das absolut Notwendige nachzuholen.

Es wäre der Sache mehr gedient, wenn die Kantone in diesem Bereich die hoch eingestuftes Hoheitsrechte wahrnehmen, als dauernd ihren Verlust zu beklagen. Auch im Verbund mit der Sanitätsdirektorenkonferenz besteht ein grosser Handlungsbedarf; ein dringendes Kostenproblem stellt allein die unsinnige und kostspielige Überflutung mit Medizin-High-Tech dar.

Wir kommen begrenzt auch den Krankenkassen entgegen. Beim Tarifstopp bleiben wir aber hart. Der kostenintensive und professionelle Lobbyismus der FMH hat im Ständerat in einer Mehrheit seine Wirkung gezeigt. Sie sind aufgerufen, diesen zeitlich befristeten Tarifstopp wieder einzubauen. Dies auch im Hinblick auf 100 000 arbeitslose Menschen in diesem Staat und im Hinblick auf eine halbe Million Menschen in unserem Staat, die zur neuen Armut zu zählen sind.

Mme Brunner Christiane: Le groupe socialiste vous propose d'entrer en matière sur le projet du Conseil fédéral, non pas dans sa version telle qu'elle est issue du Conseil des Etats mais dans la version résultant des travaux de la commission du Conseil national.

Nous arrivons à un moment crucial de la discussion sur l'assurance-maladie. Il s'agit de définir les priorités, tant pour les assurés que pour l'évolution des coûts, avant d'entreprendre une révision générale de la loi sur l'assurance-maladie et ce n'est pas aujourd'hui que nous allons pouvoir discuter et accepter toutes les modifications que l'on aimerait voir adopter dans ce domaine. Jusqu'à présent, ce sont exclusivement les assurés qui ont fait les frais du gel des subventions publiques. L'équilibre doit être maintenant réparti entre tous les agents de l'assurance-maladie, non seulement les assurés mais aussi les fournisseurs de prestations et les caisses-maladie.

Tout d'abord, l'industrie pharmaceutique qui, actuellement, ne se trouve pas en situation de libre concurrence en Suisse et pratique des prix surfaits pour les médicaments mis sur le marché suisse, se doit aussi de développer des médicaments

moins chers et tout aussi efficaces que ceux qu'elle entend vendre et qui lui rapportent le plus de bénéfices. Certes, L'Etat n'a pas à intervenir à terme dans la fixation des prix des médicaments, mais l'industrie pharmaceutique doit se soumettre, elle aussi, aux lois du marché, ce qui entraînera nécessairement une baisse du prix de ses produits.

Quant aux médecins, il s'agit de les mettre sur pied d'égalité de sacrifices. Jusqu'à présent, ils ont pu s'installer librement, amortir leurs investissements et se servir de confortables revenus. Il est grand temps qu'ils participent également aux économies et qu'ils acceptent les restrictions modérées proposées par le Conseil fédéral et amendées par le Conseil des Etats. Dans un esprit consensuel, nous nous sommes d'ailleurs ralliés aux modulations introduites par le Conseil des Etats pour tenir compte des inégalités tarifaires entre les différents cantons. Là encore, les médecins et leurs représentants entendent briser le consensus et imposer à nouveau leur loi. Ils s'insurgent contre l'entrave à leur autonomie en matière de tarification. Mais quelle est donc l'autonomie du patient face au coût des traitements médicaux? Le nombre de médecins, sans cesse croissant, contribue également à l'élévation des coûts de la santé. Des mesures doivent être envisagées pour limiter l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux dans les régions où leur nombre dépasse les besoins.

Nous nous prononçons clairement en faveur du gel des prix et des tarifs, tel que voulu par le Conseil fédéral. C'est un effort limité dans le temps, effort indispensable pour marquer notre volonté politique de freiner par tous les moyens les coûts de la santé. Si nous n'acceptons pas cet arrêté fédéral aujourd'hui, nous désavouons les décisions que nous avons prises à la fin de l'année dernière et le mandat que nous avons donné au Conseil fédéral en même temps. Nous avons donné des espoirs aux assurés qui se sont prononcés contre l'initiative du concordat des caisses-maladie parce qu'ils nous ont fait confiance. Nous mettons donc en jeu notre propre crédibilité si nous ne donnons pas suite aux décisions prises il y a moins d'une année.

On nous annonce, à l'unanimité, des augmentations de l'ordre de 25 à 30 pour cent, au 1er janvier 1993, si nous ne prenons pas des décisions raisonnables pendant cette session. Pour que les mesures actuelles de limitation des coûts et des cotisations puissent être remplacées de la manière la plus harmonieuse possible, nous vous demandons d'accélérer le processus législatif comme nous l'avons fait dans le cadre de l'Eurolex, d'entrer en matière sur ce projet d'arrêté fédéral, de ne pas le surcharger d'objets qui auront leur place dans le cadre de la révision générale et de l'accepter assorti de la clause d'urgence, au cours de cette session encore.

M. Deliss: Tout d'abord, j'aimerais dire un mot à MM. Rychen, Borer Roland, Bortoluzzi et à Mme Heberlein qui, au nom de leurs groupes, s'opposent à l'entrée en matière. Voilà en somme le message que vous adressez aux assurés et aux patients les plus touchés – je pense aux personnes âgées qui ploient sous le poids de leurs cotisations: la situation est très grave, si grave que nous demandons même une révision radicale du système (Borer dixit), mais dans l'immédiat, nous ne voulons rien faire pour vous soulager. La maison brûle, nous dit M. Philipona, et certains se réunissent dans la chambre du premier étage pour chipoter à propos de la couleur des rideaux. Même chanson pour les caisses: on reconnaît leur situation difficile – n'est-ce pas, Monsieur Rychen? – on soutiendra même la version la plus draconienne proposée par le Conseil fédéral pour le blocage des tarifs et des prix mais, initialement, on refuse l'entrée en matière. Vraiment, on était habitué à plus de cohérence!

Le groupe démocrate-chrétien appuie pleinement les propositions de notre Commission de la sécurité sociale et de la santé publique. Il a été choqué par le revirement du Conseil des Etats qui dénature le projet du gouvernement. Alors que celui-ci voulait prendre des mesures urgentes pour soulager quelque peu les assurés et les patients, ceux-ci se retrouvent maintenant les principales victimes des mesures prises par le Conseil des Etats. C'est un comble: les prestataires des services médicaux qui ont jusqu'à présent fourni la part la plus mo-

deste dans l'effort de maîtrise des coûts seraient – et c'est bien le cas de le dire – épargnés, alors même que les coûts ont progressé cette année encore de plus de 10 pour cent en l'espace des six premiers mois.

Pour le PDC, il n'est donc pas question de grever plus lourdement les assurés tant que le Conseil des Etats persiste à maintenir sa version actuelle quant à l'article premier de l'arrêté. Ce n'est qu'à partir du moment où cette question sera réglée que nous pourrions céder éventuellement sur la question des franchises et des autres participations accrues des assurés.

Parlons tout d'abord des médecins. Pourquoi toucher les médecins et bloquer les tarifs des soins ambulatoires? Il n'est pas question pour nous de les accabler, ni d'insinuer par ces mesures que leur comportement serait abusif. En revanche, il faut se rappeler que les assurés et les patients font aujourd'hui des efforts énormes, que les caisses sont dans une situation critique et qu'il est normal de demander, par conséquent, une contribution de la part des prestataires. Un fait doit en tout cas être souligné: c'est le médecin qui décide du traitement. Par là, il ne supporte pas seulement une lourde responsabilité quant au bien-être de ses clients, mais il se trouve aussi au point stratégique de la question des coûts et de l'«économie» des soins. En somme, ce que nous demandons aux médecins c'est de prouver par l'acte qu'ils savent pratiquer une médecine libre de tout gaspillage. Le blocage ne devrait durer qu'une année, car on oublie habituellement de citer la deuxième partie ou, plus précisément, l'alinéa 3 de l'article premier qui prévoit que des augmentations pourront être accordées à partir de 1994, pour autant que les coûts de la santé aient pu être maintenus dans des limites définies. De plus, la version de la commission du Conseil national ménage des exceptions. Il est donc tout à fait soutenable de demander aux médecins de supporter aussi une part des coûts de l'exercice. Un mot sur les patients et les assurés: il est vrai que les assurés sont coresponsables de la surconsommation. Il est vrai aussi qu'il y a actuellement une divergence entre les coûts des traitements ambulatoires et ceux des traitements hospitaliers. Néanmoins, il n'est pas question pour nous de charger davantage les assurés tant que la question touchant les médecins n'est pas réglée. Mais il y a une deuxième raison, moins tactique et plus fondamentale, qui, de toute façon, nous incitera à la retenue quant aux franchises et participations supplémentaires à imposer aux patients. En effet, dans le projet de révision de la loi sur l'assurance-maladie, il est prévu de régler cette question allant dans cette direction. Toutefois, n'oublions pas que ce projet prévoit aussi des mesures d'accompagnement au niveau social pour éviter des cas de rigueur. Cela prouve aussi qu'il serait vain de vouloir maintenant anticiper sur des points précis de cette révision totale sans créer de la confusion.

Un mot encore sur les caisses: leur situation est difficile et cela pour deux raisons. Tout d'abord, par les arrêtés urgents que nous avons votés l'année passée, nous avons stipulé une limitation pour les primes, mais nous avons peu fait du côté des coûts. Inévitablement, les deux éléments – les recettes et les charges des caisses – se développent de manière divergente, ce qui a amené les caisses à puiser dans leurs réserves. Mais les caisses sont en partie elles-mêmes fautives, en particulier par la concurrence effrénée qu'elles se sont livrée: on paie tout, ou encore, on a fait des reprises téméraires uniquement pour accroître le nombre des assurés – du dumping en quelque sorte – ou encore, les sous-caisses ou les caisses bon marché – des caisses «discount» en quelque sorte – sont parfois même subventionnées par les autres caisses regroupant les anciens assurés.

Enfin, les contrôles pourraient être plus rigoureux. Le gigantisme est souvent non rentable car ce ne sont pas forcément les petites caisses qui se trouvent dans la situation la plus déplorable. La cotisation de référence sera un allègement pour les caisses – ou en tout cas un assouplissement – par rapport au statu quo, car cet arrêté prévoit justement – mais cela est la condition – de limiter les coûts.

En conclusion, un mot encore quant à la révision totale: tout le monde est en train de courir à son secours et nous avons bien noté tous ceux qui, aujourd'hui, veulent enfin cette révision to-

tale pour que, le moment venu, ils se mettent de notre côté pour la défendre.

Peut-être un mot encore, pour convaincre les récalcitrants face à l'entrée en matière, en ce qui concerne ma position personnelle: vous êtes peut-être étonnés qu'un économiste qui défend généralement le marché puisse appuyer une mesure de blocage des prix. Vous avez raison lorsque vous dites que cela ne résoud pas le problème et aucun manuel d'économie ne vous contredira. Mais, en général, on admet aussi que cet outil peut servir, à titre temporaire, à gagner du temps avant de pouvoir mettre en vigueur une stratégie qui s'attaque aux véritables causes du mal. Le cessez-le-feu que nous vous demandons de décréter n'élimine pas encore les sources du conflit, mais il permet de diminuer le nombre des victimes, de panser les plaies, et il empêche les belligérants les plus téméraires d'étendre encore leur occupation du terrain.

Frau Dormann, Berichterstatterin: Aus den vielen Fraktionsvoten haben Sie gehört, dass an den hohen Kosten im Gesundheitswesen alle Schuld tragen, sich aber niemand schuldig fühlt. Für die einen sind es die Leistungserbringer, die Ärzte, die statt optimaler Behandlungen maximale Leistungen erbringen. Für die anderen sind es die Krankenkassen, die zu wenig wirtschaftlich haushalten und die Kosten einfach auf die Prämienzahler überwälzen. Für Dritte sind es die Kranken und Versicherten, die zu hohe Erwartungen an die Medizin haben. Für die Auto-Partei, für Herrn Borer Roland, ist das ganze System unseres Gesundheitswesens falsch. Herr Borer meint, dass der beste Bundesbeschluss nichts bringe, solange die Ärzte ihr Honorar von den Kranken erhalten und nicht von den Gesunden. Herr Borer ist nicht im Saal; ich hätte ihn gerne gefragt, ob er als Gesunder bereit ist, die Rechnung für die Behandlung von Herrn Philiponas Heiserkeit zu bezahlen. Schliesslich werden die Autos auch nicht von den Fussgängern bezahlt.

Für Frau Heberlein sind es die fehlenden Bundessubventionen, die die ganze Kostenexplosion im Gesundheitswesen verursacht haben. Mich überrascht diese Aeusserung der FDP, da diese Fraktion bis jetzt ganz entschieden gegen eine Staatsmedizin war.

Wenn Sie für die Spitäler einen Kostendeckungsgrad von 50 Prozent erreichen wollen, dann dürfen Sie bei Artikel 3 niemals dem Ständerat zustimmen, der mit einem Selbstbehalt bei der stationären Behandlung einen Rückgang der Bettenbelegung bewirken will, damit die Ausgaben für die Krankenkassen kleiner werden.

Herr Rychen behauptet, dass der letzte Bundesbeschluss gegen die Kostensteigerung nichts gebracht, sondern im Gegenteil sogar Kosten von 12,4 Prozent verursacht habe. Wissen wir aber, wie hoch der Prozentsatz an Mehrkosten ohne den dringlichen Bundesbeschluss wäre?

Zur Behauptung, dass die Vorlage zur Fusion von Krankenkassen führe, muss ich erwähnen, dass dies vielleicht gerade nicht der Fall ist, weil sich die Anzahl der Krankenkassen seit 1985 von 550 auf 200 reduziert hat, und dies ohne den Bundesbeschluss vom 13. Dezember 1991. Sie sehen: Die Schuld wird wie ein Virus vom einen zum anderen weitergegeben.

Gegen dieses Virus legt der Bundesrat den Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung vor. Er ist sich bewusst, dass diese Massnahmen nur für zwei Jahre in der Uebergangszeit bis zum Inkrafttreten der Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes Gültigkeit haben muss.

In der nationalrätlichen Kommission haben wir mit 17 zu 5 Stimmen Eintreten beschlossen. Die Kommission ist der Meinung des Bundesrates gefolgt und hat in diesem Bundesbeschluss vermehrt die Leistungserbringer in die Pflicht genommen. Die Spitäler werden weniger hart zur Kasse gebeten, als dies im letzten Bundesbeschluss der Fall war. Somit wird den Kantonen vermehrt Rechnung getragen, die durch den Tarifstopp im Spitalbereich grössere Defizite zu tragen hatten. Miteinbezogen in die Sparübungen werden aber auch die Versicherten, da die Krankenkassen auf ihre Pflichtleistungen in der Grundversicherung zurückgeholt werden. Hier allerdings mit einer wichtigen Ausnahme im Medikamentenbereich. Die

Pharmaindustrie wird insofern vom Bundesbeschluss betroffen, als ihre pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel einen Preisstopp auf der Basis vom 15. September 1992 erfahren.

Für die Mitgliederbeiträge der Krankenkassen werden Richtprämien eingeführt, die den Vorgaben des Bundesamts für Sozialversicherung entsprechen und nur in begründeten Ausnahmefällen über den Höchstpreis hinausgehen dürfen. Unsere Kommission hat im Gegensatz zum Ständerat darauf verzichtet, auch die Kranken in die Sparmassnahmen einzubeziehen, indem sie einen Beitrag von 10 Franken pro Aufenthaltstag bezahlen. Wir haben in der Kommission auf die Ausgewogenheit der Vorlage sehr grossen Wert gelegt. Jede der im Gesundheitswesen beteiligten Personen oder Institutionen soll in den nächsten zwei Jahren einen Beitrag an die Kostendämpfung im Gesundheitswesen leisten.

Weder der Bundesrat noch die Kommissionsmitglieder, die hinter dieser Vorlage stehen, haben an diesem Beschluss Freude. Weshalb? Weil er eben Zähne hat, die beissen; und das tut weh. Keiner fügt dem anderen mit Freuden Schmerzen zu. Wir sind uns bewusst, dass wir eines der besten Systeme im Gesundheitswesen haben. Unser freier Markt bedarf aber auch in dieser Beziehung der Grenzen, niemals jedoch der Aufhebung.

Ich muss Sie sehr bitten, den Nichteintretensantrag von Herrn Rychen abzulehnen. Wir können und dürfen uns der Verantwortung in der Kassenfrage unseres Gesundheitswesens nicht entziehen.

Deshalb bitte ich Sie namens der Kommission, auf die Vorlage einzutreten und den Beschlüssen Ihrer Kommission zu folgen.

M. Phillipona, rapporteur: J'espère que ma santé ira en s'améliorant, même sans l'aide de la médecine!

En ce qui concerne la non-entrée en matière, deux arguments principaux ont été développés ici pour la soutenir. Il a été dit que les primes et non les coûts étaient plafonnés et que la situation des caisses-maladie ne supportait pas l'arrêté actuel. Qu'en est-il? C'était vrai pour le plafonnement des primes et non des coûts dans l'arrêté de 1991; cela l'est beaucoup moins pour l'arrêté de 1992. Je vous rappelle qu'il touche les tarifs médicaux ainsi que ceux des médicaments. Il implique éventuellement – si vous acceptez l'article – une participation des malades hospitalisés et, en ce qui concerne les caisses-maladie, une augmentation contrôlée est tout de même prévue.

Qu'en est-il de l'autre argument se référant à la situation des caisses-maladie? Tout d'abord, une péréquation entre caisses-maladie a été accordée, ce qui assure à peu près la survie aux 250 caisses existantes. En ce qui concerne la situation actuelle de ces caisses-maladie, l'Office fédéral des assurances sociales nous a donné des précisions à ce sujet. La situation financière des caisses porte sur les 14 caisses les plus importantes, qui comptent plus de 100 000 membres. Leurs réserves minimales légales se montent à 20 pour cent des dépenses annuelles: seule une caisse sur les 14 laisse apparaître clairement un pourcentage en dessous de 20 pour cent, une seule frise les 20 pour cent – 19,9 pour cent exactement – alors que la moyenne des 14 caisses présente des réserves de 22,2 pour cent à la fin de 1991. Il est vrai qu'à la fin 1990 ces réserves se chiffraient à 25,3 pour cent; après l'arrêté de 1991, il est tout à fait normal qu'elles aient baissé.

Les articles 5 et 6 du présent arrêté permettent une certaine souplesse dans l'application; puisqu'il est précisé à l'article 5 que le département autorise une caisse à fixer des cotisations au-dessus de la cotisation maximale si les réserves étaient mises en danger.

La commission ayant accepté l'entrée en matière par 17 voix contre 5, je vous propose, en son nom, d'en faire de même.

M. Cotti, conseiller fédéral: Tout d'abord, je me dois de vous rappeler que le système de nos caisses-maladie est fondé sur une loi de 1911. Au cours des décennies, des nombreuses tentatives de modification de cette loi, d'adaptation à l'évolution de la santé et de la médecine, une seule a réussi, celle de 1964. Depuis 1911, la médecine, les thérapies et les bases

hospitalières ont évolué de façon spectaculaire. L'état de santé de notre population n'est plus la même qu'en 1911, alors que nous gardons grosso modo le même système, d'où les difficultés insurmontables pour changer quoi que ce soit à ce dernier.

Si vous me demandez si le Conseil fédéral arrive aux mêmes conclusions que M. Borer Roland qui voulait bouleverser tout le système, le révolutionner parce qu'il est pourri à la base, je vous répondrai – ce sera le raisonnement de base d'aujourd'hui et, bientôt, de la révision totale – que la position du Conseil fédéral va tout à fait à l'opposé. Nous disposons malgré tout d'un système de caisses-maladie, d'un système de santé valable, qui réalise des équilibres difficiles à établir, mais indispensables, entre tous les participants de ce système. De plus, en comparaison avec l'étranger, notre système de santé est valable. Je cite en exemple quelques pays proches du nôtre: l'Italie et la Grande-Bretagne ont un système par classe très développé. Aux Etats-Unis d'Amérique, une partie non négligeable de la population est en dehors de toute couverture du système. Dans d'autres pays, plus comparables au nôtre, les coûts de la santé se sont développés d'une manière très supérieure à la nôtre. De plus – cela n'est pas suffisamment répété, à mon avis – si vous comparez les coûts de la santé en Suisse par rapport au produit intérieur brut, vous constaterez qu'ils sont de 7,8 pour cent, alors que, pour les pays de l'OCDE, ils sont en moyenne de 7,6 pour cent. Donc, par rapport aux autres pays industrialisés, notre situation est tout à fait comparable et notre offre de santé est, dans la plus grande partie des cas, même supérieure.

Cela étant, si vous me demandez ce que le Conseil fédéral désire encore changer, je vous répondrai que le système reste, sur la base de ces chiffres, un système qu'il faut défendre. Ma réponse va dans deux directions. D'un côté, les tendances à l'évolution des coûts de notre système dépassent les taux de croissance de la plupart des autres pays. Nous constatons donc, ces derniers temps, que les coûts ont évolué d'une façon anormale et surtout – je le répète ici parce que M. Jöri a rappelé une citation qui m'appartient – que notre système est le moins social que l'on puisse imaginer et que, de toute manière, parmi toutes les assurances sociales du pays, l'assurance-maladie est la moins sociale. La preuve en est qu'un millionnaire et un simple ouvrier paient pour la même prestation la même prime. C'est une situation qu'il faut modifier parce que – et j'en arrive immédiatement à une première conclusion – si nous voulons sauver ce système, il faut en corriger les quelques éléments négatifs que j'ai énumérés. L'élément principal est le poids des coûts de la santé qui deviennent de plus en plus insupportables pour une partie toujours croissante de notre population. Mme Dormann a cité l'Office fédéral des assurances sociales, selon lequel «à courte échéance, pour plus de la moitié de la population suisse, les cotisations aux caisses-maladie deviendront effectivement insupportables».

Pour terminer cette introduction, je relève que si le Conseil fédéral fait maintenant appel au Parlement, afin de trouver des solutions en la matière, ce n'est pas pour bouleverser ce système, Monsieur Borer Roland, c'est plutôt pour le sauver. En effet, si ce système devient de plus en plus pesant, le peuple suisse le bouleversera avec toutes les conséquences que devront également supporter ceux qui prodiguent leurs soins, qui jouent un rôle défendable, et que je ne voudrais pas mettre en cause.

Or, le Conseil fédéral se permet de présenter une révision totale de ce système. Au moment où nous avons proposé cette révision, combien d'applaudissements et de louanges avons-nous entendus! Cela semblait la panacée, et ce n'était pas le cas. Mais les caisses-maladie avaient lancé une initiative, et il fallait proposer une solution, encore à définir par le Parlement, afin de persuader le peuple suisse de refuser cette initiative. Maintenant, le Parti socialiste et les syndicats présentent également une initiative qui pèse comme une sorte d'épée de Damoclès, et l'on répète que la révision totale est la panacée.

Or, nous le savons, il existe deux conditions pour que cette révision réponde aux objectifs du Conseil fédéral. D'une part, elle doit se faire le plus rapidement possible. Je reconnais que la commission du Conseil des Etats travaille très vite, mais la

tâche est rude et compliquée, et votre commission s'y attellera prochainement. D'autre part et surtout, il faudra que le Parlement ne vide pas cette révision de toute substance et ne la réduise pas à quelque chose d'inutilisable. Certaines tentatives d'édulcorer, voire de neutraliser la révision apparaissent déjà. C'est pourquoi le Conseil fédéral donnera son avis, sur la base des éléments forts de la révision. Cela peut contrecarrer certains intérêts qui se manifestent justement au moment où l'on tente d'y toucher. La philosophie de la révision totale est unique. Etant donné que l'argent ne tombera pas du ciel, il faudra que tous les prestataires de soins acceptent de faire certains sacrifices par le biais de modérations des coûts, d'engagements, afin de sauver le système.

J'en arrive à une révision partielle et à courte échéance, qui vous est proposée. La même philosophie lui est appliquée. Il n'y aura pas d'arrêté fédéral dans quelques jours si tous les participants, je dis bien tous, ne font pas un petit effort, un sacrifice tout à fait supportable, pour une année, éventuellement pour deux ans si l'on n'obtient pas la première année des résultats suffisants. Sans ces sacrifices supportables, il n'y aura ni révision partielle ni arrêté fédéral urgent, et l'assuré pourra en constater, dans quelques mois déjà, les conséquences. Si le Conseil fédéral vous propose maintenant l'arrêté fédéral urgent, ce n'est certainement pas pour son bon plaisir. Je peux vous assurer que l'on préférerait éviter de devoir prendre des mesures, parfois fâcheuses, qui ne sont sympathiques pour personne.

Pourquoi nous engager sur une voie aussi impopulaire à première vue? Parce que nous constatons, sur la base des données dont nous disposons, que l'évolution des cotisations, au cours des prochaines années, prendra des dimensions terrifiantes. Je tiens à le dire ici, afin que vous puissiez trancher sur la base du bon sens qui doit être sous-entendu. L'Office fédéral des assurances sociales estime que, d'ici la fin de 1994, l'évolution des cotisations se soldera par une augmentation de pratiquement 100 pour cent en moyenne en Suisse. Croyez-vous vraiment pouvoir donner un appui et sauvegarder ce système si telle est l'évolution? Il ne fait aucun doute qu'une initiative populaire bien plus dangereuse que celles qui sont en discussion ou qui ont déjà été votées par le peuple vienne alors bouleverser le système. Vous devez donner vous-mêmes la réponse à ces prévisions, que j'essaie de ne pas dessiner plus pessimistes qu'elles ne le sont.

C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral vous a proposé, l'année passée, un projet permettant d'établir un pont jusqu'à l'entrée en vigueur de la révision totale. Nous savons très bien que ce projet est discutable, qu'il n'est pas parfait. On affirme à juste titre qu'il touche souvent seulement aux symptômes et aux causes fondamentales, je dis bien souvent. Je vous laisse le soin de déterminer si vous acceptez de bonne foi l'évolution qui se dessine ou si vous ne croyez pas qu'avant l'entrée en vigueur de la révision totale certaines mesures transitoires s'imposent absolument.

Permettez-moi un exemple concernant la maladie. S'il s'agit d'une maladie grave, on s'attaque aux causes, on le sait; les médecins le disent, mais s'il y a une fièvre trop élevée, il faudra commencer par essayer de la juguler, d'une certaine manière. Ce que nous vous proposons, c'est une entorse de deux années à une systématique que nous essayons de sauvegarder tout entière dans la révision totale.

Quels sont les objectifs du Conseil fédéral? Je le répète, créer un pont et, ensuite, remplir le mandat que vous lui avez donné l'année passée, au Parlement, lorsque vous lui avez demandé, à l'article 4 de l'arrêté de décembre 1991, de trouver une solution plus favorable aux cantons. Voilà donc une solution qui, à l'article 2, essaie effectivement de favoriser les cantons. C'est plutôt sur la base du mandat que vous avez donné que nous avons suivi cette ligne, car si je devais être réaliste dans l'évaluation de la responsabilité de l'évolution des coûts de la santé hors normes, je devrais dire que les cantons ont joué ici un rôle très négatif. Il faut parfois avoir le courage de diminuer les capacités, de les concentrer, même si, nous le savons, surtout dans les grands cantons, la tendance et la force de l'opinion publique vont dans la direction de créer des établissements toujours plus dispersés sur le territoire.

Deuxième objectif: privilégier les cantons. C'est vous qui en avez décidé ainsi l'année dernière.

Le troisième objectif se fonde sur l'expérience de l'année dernière, Monsieur Rychen. En 1991, l'arrêté fédéral a donné des résultats excellents pour les cotisants, les assurés et les patients. Ceux qui affirment le contraire ignorent que, vraisemblablement, le 95 pour cent des assurés aura bénéficié de cet arrêté qui a permis de bloquer l'augmentation des cotisations à 10 pour cent, alors que les caisses envisageaient 20 à 30 pour cent. Il faudra dire cela à la population suisse, afin qu'elle sache que, si le Parlement n'avait pas approuvé l'arrêté de 1991, elle aurait parfois payé des cotisations deux ou trois fois plus élevées que celles acquittées. Mme Dormann a raison, on n'a peut-être pas suffisamment informé le peuple suisse à propos de ce danger auquel il a échappé l'année dernière.

On a tout de même relevé les défauts de l'arrêté de 1991. Il n'y a pas de doute que celui-ci ayant été limité – à mon avis à tort – à une année par le Parlement, il n'a pas pu déployer sur les coûts toutes les conséquences attendues, de telle manière que les caisses-maladie ont porté le poids principal des faiseurs dont ont bénéficié les assurés. M. Rychen n'a pas tort de déplorer à cette tribune le poids trop lourd supporté par les caisses-maladie l'année dernière. Ainsi, le troisième objectif de l'arrêté du Conseil fédéral (cf. art. 5) est de tenter de soulager les caisses-maladie par rapport à 1991.

Naturellement, il y a encore d'autres objectifs. Le suivant, dans le cadre de la symétrie des sacrifices, concerne finalement aussi les prestataires de soins. Je ne fais pas seulement allusion aux médecins, même si ceux-ci sont toujours cités en premier lieu. Nous devons reconnaître une chose très clairement: S'il y a une catégorie qui a bénéficié largement du système, dans les années passées, c'est bien celle des prestataires de soins. Je pourrais vous indiquer l'évolution des bénéficiaires, par exemple pour la catégorie des médecins, au cours de ces dernières années. Vous auriez de la peine à trouver les raisons de la répercussion de l'augmentation des coûts sur cette catégorie. On est plutôt tenté d'affirmer qu'elle a bénéficié de l'évolution des coûts.

Par conséquent, le Conseil fédéral demande à ces catégories, par une mesure limitée à une année, peut-être reconductible pour encore une année, de faire plafonner l'évolution de leurs tarifs et d'éviter de les faire progresser. Bien sûr, on nous répond: «Mais les médecins vont pouvoir remédier à ces limitations par l'augmentation du nombre des actes médicaux». Quand j'entends de telles affirmations, je dois dire que je suis particulièrement frappé parce que je prétends que, dans une profession libérale de ce type, on sait assumer sa fonction avec toute la responsabilité professionnelle nécessaire. L'augmentation des bénéficiaires ne découle pas de l'accroissement de la quantité des actes médicaux. Je veux donc exclure cette éventualité. D'ailleurs, j'ajoute tout de suite que la réaction des intéressés a été telle, face aux propositions du Conseil fédéral, lequel doit, dans un arrêté d'aussi brève durée, se limiter aux tarifs, qu'elle prouve largement que la mesure du gouvernement va tout de même avoir un certain effet.

Je cite un exemple qui nous vient d'un pays comparable au nôtre, l'Allemagne fédérale voisine, où la situation, au niveau de l'évolution des coûts, est tout aussi frappante que chez nous et où, ces temps-ci, le Parlement est en train de décider de mesures d'urgence bien plus dures et bien plus rudes que les nôtres. Nous discutons d'un blocage des coûts et des tarifs pendant quelques années. Or, je cite maintenant la chimie, et même la très forte chimie de la République fédérale allemande qui a proposé elle-même de bloquer pendant encore deux ans les coûts de ses produits. Ceci vous fait dire que probablement, si on avait eu davantage de disponibilités de la part des prêteurs de services, le Conseil fédéral aurait pu éviter de vous accabler avec une proposition comme celle qui est contenue ici.

Pour terminer, le but essentiel de notre proposition est bien d'aller à la rencontre des assurés et des patients qui ont, ces dernières années, clairement porté le poids principal, parfois le poids unique de l'évolution des coûts. Et donc, nous nous battons clairement pour une solution qui aille dans la direction d'une protection des assurés et des patients, nous voulons ré-

tablier en leur faveur l'équilibre des sacrifices. Voilà le but fondamental de la proposition du Conseil fédéral.

Or, que constatons-nous? Le Conseil des Etats a carrément bouleversé les propositions du Conseil fédéral. L'axe du Conseil fédéral a été révolutionné: on a déplacé le poids financier de l'arrêté sur les assurés et sur les patients et on a dispensé totalement les prestataires de soins d'un minimum de poids. Le Conseil fédéral ne pourra jamais se satisfaire de la proposition du Conseil des Etats; si le Parlement fait ce choix, ce sera à lui de le faire, bien sûr, en pleine indépendance, mais le Conseil fédéral ne voudra pas être mêlé à cette proposition. Je tiens à le dire de manière claire et nette, afin qu'il n'y ait pas de malentendus dans cette salle. Il sera facile à l'opinion publique - les cotisations de l'année prochaine seront très bientôt arrêtées - si les propositions du Conseil des Etats devaient être approuvées par le Parlement, de vérifier si elles l'ont été dans son intérêt ou non. Heureusement, je constate que la commission du Conseil national a modifié de manière importante les propositions du Conseil des Etats. Je ne dirai pas qu'elle est revenue complètement sur les propositions du Conseil fédéral - on verra dans les articles spécifiques et particuliers que des divergences subsistent entre le Conseil fédéral et votre commission - mais je reconnais que la commission a fait un effort important en vue de rétablir les équilibres de notre projet. C'est la raison pour laquelle la proposition du Conseil national représente une bonne base de discussion pour nous mettre maintenant au travail et délibérer sur les différents articles.

J'ai entendu qu'il y a face à cette situation plusieurs propositions de non-entrée en matière. Je cite ici une phrase que le président de la commission du Conseil des Etats a prononcée, il y a quelques jours, concernant l'idée de la non-entrée en matière: «Wer von Nichteintreten spricht, der hat den Puls der Gesellschaft nicht verstanden.» Je partage intégralement ce que le président de la commission a affirmé. Nous nous approchons, dans le système des caisses-maladie, d'un point de rupture qui sera dramatique pour tout le monde. Si le Conseil fédéral vous propose d'établir un pont pour éviter cette issue insupportable, c'est parce qu'il croit que c'est la seule voie pour arriver plus ou moins indemne à la révision totale qui est votre objectif, mais qui est bien sûr l'objectif essentiel du Conseil fédéral qui vous a présenté ces propositions.

Abstimmung - Vote

Für den Antrag der Kommission (Eintreten)	115 Stimmen
Für den Antrag Rychen (Nichteintreten)	47 Stimmen

Detailberatung - Discussion par articles

Titel und Ingress

Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Titre et préambule

Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen - Adopté

Art. 1

Antrag der Kommission
Mehrheit

Abs. 1

Die Tarife und Preise für Leistungen der Krankenversicherung im ambulanten Bereich werden für das Jahr 1993 auf der am 30. Juni 1992 geltenden Höhe begrenzt. Für die Spezialitätenliste der zur Rezeptur für die Krankenkassen empfohlenen pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel gilt der 15. September 1992 als Stichtatum.

Abs. 2

Wurde der Taxpunktwert in den Jahren 1990-1992 nicht angepasst und ist nachgewiesen, dass die Behandlungskosten je versicherte Person und Jahr bei den betreffenden Leistungser-

bringern gleichzeitig um nicht mehr als den Landesindex der Konsumentenpreise plus ein Drittel angestiegen sind, so gestattet der Bundesrat für 1993 in Abweichung von Absatz 1 bei diesen Leistungserbringern eine Erhöhung des Taxpunktwertes. Der Taxpunktwert darf jedoch nur so weit erhöht werden, dass der Anstieg der Behandlungskosten je versicherte Person voraussichtlich höchstens einen Drittel über dem Anstieg des Landesindex der Konsumentenpreise im Jahre 1993 liegt.

Abs. 3

Liegt der Anstieg 1994 liegt. (gemäss Text des Bundesrates)

Abs. 4 (neu)

Vereinbaren Krankenkassen und Leistungserbringer während der Geltungsdauer dieses Beschlusses auf überkantonaler Ebene erstmals einen Tarifvertrag, ist dieser Beschluss nicht anwendbar, Spätere Tarifierhöhungen richten sich nach Absatz 1.

Minderheit I

(Rychen, Bortoluzzi, Borer Roland, Daepf)
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Minderheit II

(Allenspach, Borer Roland, Eymann Christoph, Gysin, Heberlein, Philippona)
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag Maspoll

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 1

Proposition de la commission

Majorité

Al. 1

Les tarifs et les prix applicables aux prestations de l'assurance-maladie dans le domaine ambulatoire sont limités pour 1993 au niveau des tarifs et des prix en vigueur le 30 juin 1992. Pour la liste des spécialités pharmaceutiques et des médicaments confectionnés admis pour la prescription dont la prise en charge est recommandée aux caisses-maladie, la date de référence est le 15 septembre 1992.

Al. 2

Lorsque la valeur du point n'a pas été adaptée lors des années 1990 à 1992 et qu'il est établi que durant cette période l'augmentation des coûts de traitement, par assuré et par année, de certains fournisseurs de prestations, n'a pas dépassé de plus d'un tiers celle de l'indice suisse des prix à la consommation, le Conseil fédéral autorisera, en dérogation à l'alinéa 1, une augmentation de la valeur du point pour les fournisseurs concernés. La valeur du point ne pourra cependant être augmentée que dans la mesure où l'augmentation des frais de traitement par assuré ne dépassera probablement pas de plus d'un tiers, pour 1993, l'augmentation de l'indice suisse des prix à la consommation.

Al. 3

Si, en 1992, à la consommation. (selon la version du Conseil fédéral)

Al. 4 (nouveau)

Lorsque des caisses-maladie et des fournisseurs de prestations concluent, pendant la durée de validité de cet arrêté, pour la première fois une convention tarifaire sur le plan intercantonal, le présent arrêté n'est pas applicable. Les augmentations tarifaires subséquentes se calculent selon le premier alinéa.

Minorité I

(Rychen, Bortoluzzi, Borer Roland, Daepf)
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Minorité II

(Allenspach, Borer Roland, Eymann Christoph, Gysin, Heberlein, Philippona)
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition Maspoli

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Rychen, Sprecher der Minderheit I: In Artikel 1 müssen unserer Auffassung nach die Leistungserbringer im ambulanten Bereich härter angefasst werden; sonst brauchen wir diesen dringlichen Bundesbeschluss wirklich nicht.

Die bundesrätliche Fassung in Artikel 1 ist die härteste von allen drei vorliegenden Varianten. Im Klartext heisst die Bundesratsvariante für 1993: Preis- und Tarifstopp. Für 1994 ist ein Ventil offen, eine Möglichkeit, dann doch nachzugeben, wenn es die Verhältnisse erlauben.

Wenn wir ernst machen und den Leuten nicht nur sagen wollen, wir hätten etwas unternommen, aber nichts getan, dann müssen wir die Linie des Bundesrats unterstützen. Es genügt nicht, die Prämien einzufrieren, bei den Patienten den Selbstbehalt zu erhöhen und dort, wo die Kosten wirklich entstehen, wo wir eingreifen können, nichts oder fast nichts zu unternehmen.

Die Lösung, die der Ständerat vorschlägt, ist aus meiner Sicht unbrauchbar; die Lösung, die die Kommissionsmehrheit vorschlägt, ist nicht weit daneben. Warum? Ich wiederhole hier, was ich beim Nichteintretensantrag schon gesagt habe: Wir haben ein Riesenproblem der Mengenausweitung, und wir haben keinen freien Markt auf der Seite der Leistungserbringer. Ich kann es noch deutlicher sagen: Wenn ein Neuabgänger von der Universität kommt und ein oder zwei Lehr- und Wanderjahre gemacht hat, kann er eine Praxis eröffnen und seine Tätigkeit aufgrund von genehmigten Tarifen beginnen. Die Kassen sind nach dem Leistungskatalog des Bundes verpflichtet, zu zahlen.

Jene, die immer noch meinen, die Krankenkassen könnten im einen oder anderen Fall die Bezahlung verweigern, sind schlichtweg im Irrtum. Sonst lesen Sie mal die Reihen von Urteilen des Versicherungsgerichts in Luzern nach. Wir haben auf der Seite der Leistungsanbieter keinen Markt, der funktioniert. Er funktioniert selbst dann nicht, wenn beispielsweise kantonale Parlamente entscheiden, sie wollten keinen Computertomographen mehr, weil es genug habe. Dann gründen die Aerzte einfach ein privates Institut und betreiben diesen neuen Computertomographen; dann müssen die Kassen diese Rechnungen bezahlen. Das ist eine schlichte Tatsache. Nun können wir selbst in Kantonen, wo auf Anraten von Herrn Bundesrat Cotti – und schon früher – die Tarife eingefroren wurden, weil sich die Verhandlungspartner nicht einigen konnten und keine Tarifierhöhung stattgefunden hat, eine sehr starke Kostenzunahme beobachten. Woher kommt denn das? Das kommt eben von der Mengenausweitung. Da komme ich nun nicht umhin, Sie mit einigen Zahlen zu konfrontieren.

Ich möchte Sie bitten, folgendes anzuhören: Im Kanton Bern beispielsweise hat die Anzahl Aerzte, die in einer freien Praxis praktizieren, innerhalb der letzten fünf Jahre um 16,5 Prozent zugenommen. Im Kanton Bern heisst das: es sind zusätzlich 232 Aerzte auf dem Markt tätig. Aber der Markt spielt bei den Aerzten nur bedingt, weil ja im Prinzip jeder tarifgeschützt Rechnung stellen kann. Das ist nicht ein Vorwurf an den einzelnen Arzt; das ist ein Vorwurf an das System, das nicht mehr funktionsfähig ist, das uns nur noch Kostensteigerungen ins Haus bringt.

Eine andere Zahl: Im Kanton Bern sind die Arztkosten bei gleichbleibenden Tarifen, also gemäss Bundesratsvorschlag, in einem Jahr – von 1990 bis 1991 – um 20 Millionen Franken gestiegen. Jetzt werden Sie sagen: Diese Zahl sagt uns nichts. Ich will das daher in Prozenten ausdrücken: Das ist eine gesamte Mengenausweitung von 6,6 Prozent. Das Tragische daran ist, dass der einzelne Landarzt – nehmen wir einen Arzt in einem durchschnittlichen bernischen Dorf, der sich Mühe gibt, korrekt zu sein, der nicht übertreibt, der auch anständig konsultiert, und solche Aerzte gibt es sehr viele – das Pech hat, keinen Teuerungsausgleich zu bekommen: Seine Praxiskosten steigen, und er soll keine höheren Tarife bekommen. Diesen Aerzten möchte ich den Teuerungsausgleich gönnen. Aber das Problem betrifft alle: Alle Aerzte zusammen, alle Leistungserbringer verursachen diese Mengenausweitung. Ich habe Ihnen vorhin gesagt: Im Kanton Bern sind 232 Aerzte mehr auf dem Markt tätig als vor fünf Jahren.

Nun können wir Politiker auf die Totalrevision warten. Dort müssen wir dieses Grundsatzproblem einmal diskutieren und nach einer Lösung suchen, aufgrund derer dieser Markt besser spielen könnte; der spielt heute nämlich nicht.

Aber wenn wir jetzt schon Notmassnahmen wollen, müssen wir den Mut haben, mindestens einen Tarifstopp zu verfügen. In der Lösung der Kommissionsmehrheit und des Ständerates ist noch die Möglichkeit einer Anpassung an die Teuerung eingebaut. Bei der ständerätlichen Lösung spielt noch der Kanton den Schiedsrichter. Auf Seite 2 der Fahne oben können Sie lesen, welche Behörden zuständig sind. Da komme ich mir vor wie ein Fussballspieler, der seinen Gegner vor sich hat und sieht: Der Gegner kommt zusammen mit dem Schiedsrichter aus der Kabine. Die Kantonsbehörden sind in diesen Fragen ja meistens Partei. Deshalb finde ich den Vorschlag des Ständerates unhaltbar.

Ich bitte Sie, ein Letztes zu bedenken: Wenn Sie bei diesem Bundesbeschluss wollen, dass die Versicherten auch an die Kasse kommen, wenn Sie also die Selbstbehalte erhöhen wollen – ich habe grundsätzlich nichts dagegen, dass der Selbstbehalt für den Spitalaufenthalt erhöht wird, damit die Selbstverantwortung wächst –, aber gleichzeitig keinen Tarifstopp verfügen, dann behaupten Sie bitte nicht, Sie hätten etwas zur Sanierung, zur Kostendämmung beigetragen. Dem ist nicht so.

Ich bitte Sie, beim Artikel 1 der bundesrätlichen Fassung zuzustimmen, damit mindestens ein Gleichgewicht zwischen Versicherten und Leistungserbringern geschaffen werden kann.

Allenspach, Sprecher der Minderheit II: Vor Jahresfrist hat das Parlament mittels dringlichen Bundesbeschlüssen versucht, den Anstieg der Krankenkassenprämien zu verhindern. Dieser Versuch hat sich – gestehen wir es offen – als Fehlschlag erwiesen. Die Kosten des Gesundheitswesens sind dennoch gestiegen, vor allem weil die Bundesbeschlüsse nur die Tarife, nicht aber die im Gesundheitswesen konsumierten Mengen beschränken konnten.

Das Parlament hat den dringlichen Bundesbeschluss betreffend Massnahmen gegen die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen auf ein Jahr befristet, weil es sich bewusst war, dass die vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen Roskuren à la Dr. Eisenbart beinhalteten. Es hat gleichzeitig den Bundesrat beauftragt, innerhalb eines Jahres zweckmässige und den Eigenheiten der Krankenversicherung besser entsprechende Massnahmen vorzuschlagen.

Heute müssen wir feststellen, dass der Bundesrat diesem Auftrag in keiner Weise nachgekommen ist. Er potenziert mit seinem Antrag sogar noch die Dr.-Eisenbart-Methode, indem er im ambulanten Bereich der Krankenversicherung für 1993 jede Preiserhöhung verbieten will, gleichgültig ob und in welchem Umfang Tarifierhöhungen vorgenommen worden sind. Für 1994 schlägt der Bundesrat eine Regelung vor, von der er genau weiss, dass sie einem Preis- und Tarifstopp gleichkommt.

Solches widerspricht allen vernünftigen wirtschaftlichen Überlegungen, ist kontraproduktiv und ich würde meinen im eigentlichen Sinne auch unmoralisch; denn es ist doch offenkundig, dass die Kosten der Arztpraxen gestiegen sind und auch weiterhin steigen werden. Die Mietzinse, die Investitionskosten für die Praxis, die Sachkosten und die Preise der Betriebsmittel steigen, sie werden teurer. Auch die Löhne der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen können nicht einfach während Jahren blockiert werden.

Es ist rechtungleich, die Leistungserbringer im ambulanten Bereich anders zu behandeln als die Leistungserbringer im stationären Bereich. Warum, Herr Bundesrat, sollen die Spitäler ihre Tarife erhöhen können, die Aerzte aber nicht? Das ist meines Erachtens rechtungleich.

Die Blockierung der Preise und Tarife im ambulanten Bereich ist zudem kontraproduktiv. Die Aerzte haben es in der Hand – Herr Rychen hat darauf hingewiesen –, den Patienten mehr Untersuchungen angeeignet zu lassen, mehr Therapien zu verschreiben, sie einige Male mehr zur Kontrolle kommen zu lassen. Sie können – fachtechnisch gesprochen – eine Mengenausweitung vornehmen. Sie werden diese Mengenaus-

weitung vornehmen, wenn ein Tarifstopp verfügt wird. Das hat zur Folge, dass die Kosten im ambulanten Bereich trotzdem steigen; das hat aber auch zur Folge, dass die Patienten länger krank geschrieben werden. Ist sich der Bundesrat bewusst, was es die Betriebe an Lohnfortzahlung kostet, wenn die Versicherten bei Krankheit und Unfall unnötigerweise auch nur einen einzigen Tag länger krank geschrieben werden? Das sind dann rasch nicht einige Dutzend, sondern einige hundert Millionen Franken. Und das provoziert der Bundesrat mit seinen Anträgen!

Der Antrag der Kommissionsmehrheit will die Erhöhung der Taxpunktwerte nur zulassen, wenn die durchschnittlichen Behandlungskosten je Versicherten 1990 bis 1992 nicht mehr als der Landesindex der Konsumentenpreise plus ein Drittel gestiegen sind.

Es lässt sich schon heute feststellen, dass diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Die Behandlungskosten der Versicherten sind von 1990 bis 1992 in den meisten Regionen stärker gestiegen als die Limite der Kommissionsmehrheit. Man soll deshalb nicht so tun, als ob man hier eine flexible Lösung vorschlagen wollte.

Das Ueberschreiten der Limiten ist Tatsache. Es erfolgte früher, in den Jahren 1990 bis 1992, als es noch keine Limiten gab; heute ist es von den Aerzten nicht mehr beeinflussbar. Deshalb unterscheidet sich der Vorschlag der Kommissionsmehrheit in den praktischen Auswirkungen kaum vom Vorschlag des Bundesrates. Beide bedeuten einen zweijährigen Preis- und Lohnstopp im ambulanten Bereich durch die Macht des Faktischen.

Mit dem Antrag der Kommissionsmehrheit werden die Systemfehler des Entwurfs des Bundesrates nicht behoben, auch nicht die rechtungleiche Behandlung der Aerzte gegenüber den Spitälern. Auch dieser Antrag steht im Widerspruch zu den von den Aerzten nicht zu verantwortenden Kostensteigerungen in den Arztpraxen. Wir nehmen nicht an, dass die Kommissionsmehrheit und insbesondere die SP gleichzeitig einen Lohnstopp für das ärztliche Hilfspersonal befürworten.

Die Vorschläge der Kommissionsmehrheit sind zudem in ihren Auswirkungen höchst gefährlich. Für jene Regionen, die Behandlungskosten unter den gesetzlichen Limiten aufweisen, müsste der Bundesrat in den nächsten Tagen das Ausmass der zulässigen Taxpunkterhöhungen bekanntgeben. Er müsste dabei die Teuerung des kommenden Jahres vorausschätzen. Es ist gefährlich, wenn unsere Regierung für das kommende Jahr eine offizielle Teuerungsschätzung vornimmt. Sie könnte Massstab für andere Preiserhöhungen werden. Zuwarten dürfte die Landesregierung aber nicht, weil diese erhöhten Taxpunktwerte ab 1. Januar 1993 gelten sollten und nicht rückwirkend in Kraft gesetzt werden könnten.

Die gleiche Situation würde sich im Oktober des nächsten Jahres ergeben. Wiederum müsste die Regierung die zukünftige Teuerung schätzen und als Grundlage für zulässige Tarifierhöhungen einsetzen. Derartige Eingriffe und Preiserhöhungsvorgaben kannten wir bis anhin nur in Planwirtschaften, deren Ineffizienz inzwischen von niemandem mehr bestritten wird. Wir steuern im Gesundheitswesen Schritt für Schritt auf eine solche Planwirtschaft zu; damit ist dann auch die Ineffizienz des Gesundheitswesens gegeben.

Der Beschluss des Ständerates ist auch nicht der Weisheit letzter Schluss. Er verursacht aber von allen bisherigen Vorschlägen am wenigsten Schäden. Er ist flexibler und stellt nicht auf vergangenes, sondern auf zukünftiges Handeln der Aerzte ab; er entspricht etwa dem, was der Bundesrat vor Jahresfrist vorgeschlagen hat.

Wenn wir die Chancen für die von allen gewünschte Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes intakt halten wollen, sollten wir als geringstem Uebel der Fassung des Ständerates zustimmen.

Ich bitte Sie deshalb, die Anträge der Kommissionsminderheit II gutzuheissen.

Fischer-Saengon: Nachdem Eintreten beschlossen ist, unterstützt die freisinnige Fraktion ohne Gegenstimme Artikel 1 in der vom Ständerat verabschiedeten Form, d. h., sie unterstützt den Minderheitsantrag II (Allenspach). So schlecht, Herr Bun-

desrat, wie diese Formulierung nun gemacht wird, kann sie auch wieder nicht sein. Sie entspricht dem, was der Bundesrat vor Jahresfrist vorgeschlagen und das Parlament beschlossen hat.

Wie Frau Heberlein in ihrem Votum zum Eintreten bereits einlässlich dargelegt hat, sind solche dirigistische Massnahmen ordnungspolitisch grundsätzlich von Uebel. Wenn sie gar im Dringlichkeitsverfahren beschlossen werden, sind sie auch demokratisch und rechtsstaatlich fragwürdig. Wenn aber schon eine solche Lösung getroffen werden soll, so soll sie moderat und unter diesen erwähnten Aspekten möglichst wenig schädlich ausgestaltet werden.

Die Erfahrung des vergangenen Jahres hat gezeigt, dass Begrenzungsbeschlüsse oder gar völlige Tarifstopps, wie sie der Bundesrat verlangt – dessen Vorschlag von der Minderheit I jetzt aufgenommen wurde –, die gegenteilige Wirkung zeitigen, wenn nicht gleichzeitig auf die Mengenentwicklung Einfluss genommen werden kann. Mit der Fassung des Ständerates wird diesem Kriterium wenigstens teilweise Rechnung getragen.

Im stationären Bereich ist eine Anpassung an die Teuerung vorgesehen. Im ambulanten Bereich soll dies nach Vorschlag des Bundesrates und desjenigen der Kommissionsmehrheit nicht möglich sein. Die Kosten für Personal, Mieten und Unterhalt steigen im ambulanten ebenso wie im stationären Bereich; sie betragen zwischen 50 und 60 Prozent des Umsatzes.

Der Preis- und Tarifstopp würde deshalb zu einer realen Einkommenseinbusse für die Leistungserbringer im ambulanten Bereich führen. Eine solche Lösung ist ungerecht. Auf anderen Gebieten spricht man davon, ob man die Teuerung vielleicht nicht voll ausgleichen wolle, ob man 1 bis 2 Prozent weniger ausgleichen wolle, und hier spricht man davon, dass man ein Einkommen reduzieren will. Ich möchte hören, wie es tönen würde, wenn man bei den Lohnverhandlungen von Lohnreduktionen sprechen würde.

Dabei sind nicht etwa nur die Aerzte betroffen, wie viele irrtümlich annehmen. Die Regelung gilt auch für alle anderen ambulanten Leistungen in Spitälern, Kliniken, Praxen, für Physio- und Ergotherapeuten, für Psychiater, Hebammen – das Personal sämtlicher ambulanter Therapien. Dass vor allem junge Allgemeinpraktiker, wie Herr Rychen sie in verdienstvoller Weise erwähnt hat, betroffen wären und unter diesen Aspekten besonders leiden würden, während sich die schwarzen Schafe wohl wieder ungeschoren an der Affäre zögen, sei nur nebenbei erwähnt. Herr Rychen tut dies allerdings mit dem lakonischen Ausdruck «tragisch» ab.

Der Antrag der Kommissionsmehrheit bringt zwar gegenüber demjenigen des Bundesrates ein paar Verbesserungen. Trotzdem wecken wir Illusionen, denn diese künstlich tiefgehaltenen Preise lösen die Probleme nicht, sondern sie schieben sie nur auf. Eine reale Einkommenseinbusse für Leistungserbringer im ambulanten Bereich verursacht einen Rückstau und einen Nachholbedarf. In der Eintretensdebatte wurde von einem Dampfkessel ohne Ventil gesprochen. Das ist keine gute Voraussetzung für die reguläre KVG-Revision. Ich bitte Sie, die moderate Lösung zu unterstützen, wie sie von der Minderheit II (Allenspach) vorgeschlagen wird.

Leuenberger Ernst: Ein mulmiges Gefühl kann einen beschleichen, wenn man daran denkt, dass wir uns diese ganze Diskussion hier hätten ersparen können, wenn wir vor einem Jahr dem Bundesrat gefolgt wären. Ich muss Ihnen auch offen gestehen: Wenn jetzt diagnostiziert wird, es sei ein Fehlschlag gewesen, dann haben Sie ganz offensichtlich die grosse Zahl der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler vergessen, die sehr wohl etwas von dieser einjährigen Uebung gespürt haben. Aber Sie würden ja normalerweise nie Hand dazu bieten, nach einer bloss einjährigen Wirkungsfrist eine Massnahme abschliessend in ihrer Wirkung zu beurteilen. Es braucht offensichtlich mehr Zeit.

Von diesem Gedanken lässt sich die sozialdemokratische Fraktion leiten, die in allen Punkten bei der Kommissionsmehrheit mitgewirkt hat mit dem grossen Ziel, im wesentlichen die einmal getroffenen Massnahmen jetzt noch für zwei Jahre

durchzuziehen. Ich erinnere mich daran, was sich hier vor einem Jahr abgespielt hat, und jetzt sehe ich, dass ein Grossteil – ich sage: ein Grossteil – derjenigen, die für Nichteintretenden votierten, versucht, die vorgeschlagenen Massnahmen, den Kurs der Kommissionsmehrheit, mit Vorschlägen zu unterlaufen, die zum Teil dazu geeignet sind, die ganzen Massnahmen ad absurdum zu führen.

Entschuldigung: Was uns hier die Minderheit II (Allenspach) in Anlehnung an den Minderheitsantrag im Ständerat vorschlägt – den Minderheitsantrag des Ständerates finden Sie auch auf der Fahne, das ist nämlich der heutige Antrag der Kommissionsmehrheit –, ist nichts anderes als der klar deklarierte Versuch, diese ganzen Massnahmen scheitern zu lassen.

Wir müssen uns hier der politischen Tragweite dieser Auseinandersetzung bewusst sein. Es geht darum, ob wir dazu stehen, dass wir vor einem Jahr etwas gemacht haben, das zwar alle Mängel hat, die es nur geben kann, das aber doch einer Grosszahl von Prämienzahlerinnen und Prämienzahlern gezeigt hat, dass die Behörden nicht willens und bereit sind, dieser Prämienexplosion tatenlos zuzusehen.

Ein Zweites muss hier geschehen: Wir müssen das Feld für die Totalrevision bereiten. Ich bin nicht ganz sicher, ob alle, die jetzt davon reden, die Totalrevision vorzuziehen, dann auch tatsächlich noch dabei sind, wenn es darum geht, bei der Totalrevision harte Beschlüsse zu fassen. Wenn ich mir hier diese Partikularinteressenvertretung anhöre und ansehe, fürchte ich manchmal ein bisschen, die ganze Geschichte könnte uns nicht gelingen.

Ich möchte Ihnen auf jeden Fall dringend ans Herz legen, nicht nur bei Artikel 1 der Mehrheit zu folgen. Ich habe zwar persönlich sehr grosse Sympathien für die Minderheit I (Rychen); aber weil wir diese sich herauskristallisierende Kommissionsmehrheit jetzt einmal durchziehen wollen, wird die sozialdemokratische Fraktion bei Artikel 1 und dann auch bei den übrigen Artikeln der Mehrheit zustimmen. Dies tun wir – ich wiederhole dies – mit dem grossen Ziel, dass wir an Neujahr nicht mit leeren Händen dastehen und in dieser Session, in dieser Woche zu einem Schluss kommen. Das ist das mindeste, was die Krankenkassen von uns erwarten können: dass sie dieses Jahr nicht erst im Dezember eine Mitteilung erhalten, was ab Neujahr zu geschehen hat, sondern dass sie Ende dieser Woche klaren Wein eingeschenkt erhalten.

Ich bitte Sie also eindringlich – eingedenk des grossen Zieles –, jetzt in allen Punkten der Linie der Mehrheit zu folgen und damit einen Beitrag zu leisten, dass wir der Totalrevision überhaupt eine echte Startchance geben können.

Borer Roland: Die Fraktion der Auto-Partei wird geschlossen der Minderheit I (Rychen) zustimmen.

Wenn wir die Opfersymmetrie wollen, die der Bundesrat vorhin angesprochen hat, kommen wir nicht darum herum, auch bei den Tarifen und Preisen der Aerzte einmal einen Stopp zu verfügen. Alles andere wäre inkonsequent.

Ich habe mir heute morgen die Mühe gemacht, mit Vertretern der Krankenkassen des Kantons Solothurn ein paar Gespräche zu führen. Ich spreche jetzt vor allem die Damen und Herren hier an, die mit den Aerzten extrem Bedauern haben. Hören Sie bitte zu, welche Zahlen genannt werden. Diese können vielleicht auch für die paar Zuhörer auf der Tribüne interessant sein, denn auch sie bezahlen die Preise am Schluss.

1985 wurden im Kanton Solothurn pro Arzt durchschnittlich Leistungen von rund 320 000 Franken verrechnet; das sind nur die Kosten der Krankenkassen. Nicht einbezogen waren die Rechnungen, die an die Suva, an die Militärversicherung und an Privatpatienten gestellt wurden. 1989 – das sind leider die letzten verfügbaren Zahlen – wurden pro Arzt 390 000 Franken verrechnet, 70 000 Franken mehr. Mit Tarifabkommen usw. wurde dieser Betrag dann in zwei Stufen um 10 000 Franken reduziert.

Es gab also pro Arzt noch eine verrechnete Summe von 380 000 Franken. Man könnte ja sagen, das sei nicht so viel. Aber eine zweite Zahl ist interessant; sie entspricht etwa den Grössenverhältnissen, die Herr Rychen im Kanton Bern eruiert hat: In der gleichen Zeit haben im kleinen Kanton Solothurn

die praktizierenden Aerzte um dreissig Personen zugenommen, d. h. auch ungefähr um 10 Prozent. Also: Mit dreissig Aerzten mehr wurde eine Summe von 60 000 Franken pro Arzt mehr verrechnet.

Diese Zahlen muss man sehen, wenn man sagt, die Aerzte verdienen zuwenig. In unseren Augen ist der Antrag der Minderheit I (Rychen) tragbar.

Wir bedauern, dass der Bundesrat die gleichen Verfügungen nicht auch bei den öffentlichen Spitälern angeordnet hat. Auch die diesbezüglichen Zahlen sind sehr interessant. Ich werde darauf zurückkommen, wenn wir Artikel 3 und die eventuellen Selbstbehalte behandeln.

M. Deiss: M. Rychen a parfaitement raison lorsqu'il dit que le fait de refuser l'article premier qui vise à bloquer les tarifs et les prix reviendrait à torpiller carrément tout cet arrêté. C'est probablement ce qu'a voulu faire la majorité du Conseil des Etats lorsque, dans un deuxième vote, elle a décidé d'en revenir au statu quo et de laisser, en quelque sorte, les prix et les tarifs dans les normes actuelles. Pire encore, on peut dire que le fait de renoncer à cet article revient à faire exactement l'inverse de ce que l'on recherchait au départ, à savoir toucher essentiellement les assurés et non pas les prestataires de services ambulatoires.

Toutefois, le groupe démocrate-chrétien ne suivra pas M. Rychen jusqu'au bout puisqu'il appuie la version proposée par la commission du Conseil national, qui est aussi, à quelques détails près, celle que le Conseil des Etats avait adoptée dans un premier vote. Cette solution est également plus douce pour les médecins et les autres prestataires que le projet du Conseil fédéral, dans la mesure où certaines exceptions sont admises. En somme, il ne s'agit pas non plus d'aller trop loin. Enfin, je voudrais dire un dernier mot à M. Allenspach, qui estime que le système va vers la planification et que le marché ne fonctionne plus. D'une part, il faut bien admettre qu'il s'agit là d'un domaine où le marché ne pourra jamais fonctionner véritablement. Le rapport patient/médecin n'est pas une simple transaction achat/vente. Il y a toujours une autre dimension, à savoir celle de la confiance que celui qui a besoin d'un secours aura envers son médecin. Mais, d'autre part, je suis tout à fait d'accord pour que l'on introduise dans le système des incitations allant dans le sens d'une médecine plus économique car, actuellement, il est vrai que toutes les incitations vont en sens contraire. C'est l'objectif de la révision de la loi sur l'assurance-maladie. Toutefois, dans l'immédiat, il faut marquer un temps d'arrêt et obliger les différents partenaires à rester sur leurs positions et à gagner du temps jusqu'à ce que la révision puisse entrer en vigueur. J'irai même plus loin et dirai à M. Allenspach que le refus de ces mesures est le meilleur moyen d'engager le système davantage encore dans la direction qu'il souhaiterait lui épargner, à savoir une étatisation de la médecine.

Pour toutes ces raisons, la grande majorité du groupe démocrate-chrétien ne suivra ni la minorité I (Rychen) ni la minorité II (Allenspach). Il vous demande d'appuyer la proposition de la majorité de la commission.

*Hier wird die Beratung dieses Geschäftes unterbrochen
Le débat sur cet objet est interrompu*

*Schluss der Sitzung um 13.00 Uhr
La séance est levée à 13 h 00*

92.067

**Krankenversicherung. Massnahmen
gegen die Kostensteigerung 1993–1994.
Bundesbeschluss**

**Assurance-maladie. Mesures
contre l'augmentation des coûts 1993–1994.
Arrêté fédéral**

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 1988 hiervor – Voir page 1988 ci-devant

Art. 1 (Fortsetzung) – Art. 1 (suite)

Hafner Rudolf: Die grüne Fraktion unterstützt die Fassung der Kommissionsmehrheit. Die Fassung der Kommissionsmehrheit stellt praktisch einen Kompromiss dar. Dies scheint uns aufgrund der Ausgangslage gerechtfertigt zu sein. Es ist ja so, dass die Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes bevorsteht, und dort sollen ja die Gewichte entsprechend gesetzt werden. Es scheint uns aber nicht sinnvoll, bereits heute in diesem dringlichen Bundesbeschluss die Gewichte massgeblich zu verlagern. Dies würde bekanntlich nur auf Widerwillen stossen, und es scheint uns nicht angebracht, die Vorlage damit zu gefährden.

Unbestreitbar ist indessen, dass Massnahmen gegen die starke Zunahme der Kosten im Gesundheitswesen getroffen werden müssen. Kollega Rychen hat uns gestern eine Analyse der Ursachen geliefert. Ich bin mit seiner Analyse weitgehend einverstanden. Allerdings habe ich den Eindruck, dass er nicht alles erwähnt hat. Der Teufel steckt bekanntlich häufig im Detail. Es gibt zum Beispiel im Gesundheitswesen den Begriff der iatrogenen Krankheiten. Iatrogen heisst: von Aerzten und ihrer Medizin verursacht. Es gibt Studien, wonach die sogenannten iatrogenen Krankheiten rund einen Drittel der gesamten Krankheiten ausmachen. Das ist sehr beträchtlich, und wenn man in Sachen Kosteneinsparung wirklich etwas machen möchte, müsste man hier genauere Analysen machen; aber es ist natürlich klar, dass solche Analysen einer herrschenden Schicht von Aerzten nicht gerade passen.

Welche Alternativen kennt der Bundesrat bezüglich der Behandlungskonzepte? Herr Bundesrat Cotti, ich möchte Sie doch fragen: Haben Sie auch Kenntnis von einer Studie der Universität Stuttgart, wonach die komplementärmedizinischen Therapien bedeutend kostengünstiger sind? Es scheint mir doch langsam der Zeitpunkt gekommen zu sein, auch andere Behandlungskonzepte ins Auge zu fassen. Im Sinne der Opfersymmetrie ist es zweifellos notwendig, auch bei den Leistungserbringern gewisse Massnahmen zu treffen.

Die Version der Kommissionsmehrheit ist nicht stark einschränkend; sie ist flexibel, aber sie setzt gleichwohl ein Zeichen. Mittelfristig sollte differenziert werden. Wir sind der Auffassung, dass die Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes geeignet ist, Zeichen zu setzen. Es geht beim vorliegenden Beschluss um eine Ueberbrückungsmassnahme.

Ich bitte Sie im Namen der grünen Fraktion, die Minderheitsanträge abzulehnen und dem Kompromiss der Mehrheit zuzustimmen.

Maspoll: Erlauben Sie mir, etwas weit auszuholen. Vorerst gilt es festzustellen, dass das, was wir letztes Jahr in diesem Saal beschlossen haben, sehr wohl Wirkung gezeigt hat. Ueber 95 Prozent aller Schweizerinnen und Schweizer haben davon profitieren können. Ihre Krankenversicherungsprämien sind in diesem Jahr lediglich um 10 Prozent gestiegen. Vergessen wir nicht, dass die Krankenkassen bereits letztes Jahr von Prämien erhöhungen von 30 und sogar 40 Prozent gesprochen hatten! Letztes Jahr vertrat die Mehrheit unseres Rates die Auffassung, eine solch massive Erhöhung der Prämien sei nicht zu verantworten. Mit Recht vertrat sie diese Meinung.

Nun frage ich Sie, was sich seit vergangenem Dezember verändert hat. Ist die Ausgangslage heute anders? Ich glaube, die Ausgangslage hat sich gegenüber dem vergangenen Jahr eher verschlechtert. Die Wirtschaftskrise hat unterdessen weitere Opfer gefordert. Die Arbeitslosigkeit hat massiv zugenommen, und – allgemein betrachtet – bekunden die Leute, vor allem jene der mittleren und unteren Schichten der Gesellschaft, noch mehr Mühe, ihren finanziellen Verpflichtungen gerecht zu werden. Aus diesem Grunde gilt das, was wir letztes Jahr beschlossen haben, heute erst recht. Mit anderen Worten: Wir können es nicht verantworten, unsere Mitbürgerinnen und Mitbürger noch mehr zu belasten.

Letztes Jahr hat ein Verantwortlicher einer grossen Krankenkasse ausgerechnet, dass eine Prämienhöhung von 30 bis 40 Prozent über die Hälfte aller Schweizer Bürgerinnen und Bürger in finanzielle Schwierigkeiten gestürzt hätte. Heute wären es noch mehr Bürgerinnen und Bürger, welchen dieses Schicksal beschieden wäre, denn die Krankenkassen drohen wieder mit massiven Aufstockungen der Prämien. Der gleiche Verantwortliche, welcher letztes Jahr von 40 Prozent Zuschlag sprach, spricht heute von 100 Prozent, die nötig wären, um seine Kasse vor dem Bankrott zu retten.

Deshalb lädt Sie unsere Fraktion ein, dem Bundesrat (Minderheit I) zu folgen. Dieser Antrag verlangt auch von den Aerzten und von all den Leuten, die sich mit Medizin befassen, ein kleines Opfer. Dieses Opfer sind die Aerzte und alle andern Leistungserbringer den Bürgerinnen und Bürgern dieses Landes schuldig.

Sieber: Der grösste Teil der LdU/EVP-Fraktion unterstützt bei Artikel 1 die Mehrheit der nationalrätlichen Kommission, und zwar aus folgendem Grund:

Es ist für uns alle kein Geheimnis, dass die Aerzte in den vergangenen Jahren mit der bisherigen Regelung der Sozialversicherung recht ordentlich verdient haben – selbstverständlich auch mit einem unerhört engagierten Einsatz. Es muss einmal gesagt werden, dass die Achtung vor den Medizinern nach wie vor berechtigt ist. Ich denke an einen Text aus Jesus Sirach 38, der sagt: «Der Arzt ist eine Gabe Gottes, und Könige beugen sich vor ihm.» Wie das mit dem zweiten Teil ist, bleibe dahingestellt.

Dazu einige Daten: Die Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens haben in den letzten 38 Jahren um den Faktor 34 zugenommen. Der Konsumentenpreisindex hat in den letzten 20 Jahren um das Zweieinhalbfache zugenommen, die Lohn- und Teuerung um das Dreieinhalbfache. Die durchschnittliche Krankenkassenprämie hat aber um das Zehnfache zugenommen. Jetzt reden wir von Opfersymmetrie; für mich ist es selbstverständlich, dass jetzt auch die Aerzte zur Kasse gebeten werden dürfen. Wenn wir bei der medizinischen Grundversorgung nicht sparen, zieht das einen Bruch in der Krankenversicherung nach sich. Die Versicherten sind ohnehin der Auffassung, dass die Pro-Kopf-Prämien zum Teil asozial sind. Letztendlich wird der Staat die Kosten für die Krankheiten bezahlen müssen, wenn diese Leute aus den Krankenversicherungen austreten.

Deshalb sind wir in Artikel 1 für Zustimmung zur Mehrheit der nationalrätlichen Kommission.

Bortoluzzi: Nachdem Sie gestern Eintreten beschlossen haben, wäre es richtig, bei den Leistungserbringern im ambulanten Bereich Massnahmen zu treffen, die diese Bezeichnung auch verdienen. Die Gefahr, dass sich die Aerzte wie in den vergangenen Jahren in die Mengenausweitung flüchten, ist beim Antrag der Minderheit II und beim Mehrheitsantrag der Kommission nicht gebannt. Deshalb ist mir die bundesrätliche Lösung wesentlich sympathischer, die wenigstens auf der Ebene der Preise die Sicherheit gibt, dass für eine kurze Zeit von einem Jahr keine Ausdehnung stattfindet und für ein weiteres Jahr nur eine von geringem Ausmass. Das könnte die für das gesamte Gesundheitswesen positive Nebenwirkung haben, dass sich ein junger Arzt nicht nur zwei-, sondern dreimal überlegt, ob er eine eigene Praxis eröffnen will oder nicht. Die Möglichkeit der freien Berufswahl soll nicht eingeschränkt werden; aber es darf daraus nicht abgeleitet werden, aufgrund der

Ausbildung bestehe gleich noch das Recht auf eine Anstellung oder eine selbständige Tätigkeit.

Als gestern Kollege Allenspach – er ist leider nicht anwesend – den Minderheitsantrag II vertreten hat, war ich etwas irritiert. Seine Aussagen haben den Eindruck erweckt, als ob es sich bei den Aerzten um die Berufsgruppe handle, die in unserem Land in besonderem Masse das freie Unternehmertum repräsentieren würde. Das ist nicht korrekt: Leistungs- und Tarifvorschriften lassen so etwas gar nicht zu; im Gegenteil, die Aerzte werden eher dazu gezwungen, an diesem grossen Umverteilungsprozess aktiv teilzunehmen. Es wäre falsch, ihnen daraus einen Vorwurf zu machen. Dieser Umverteilungsprozess findet jedoch zu einem grossen Teil auf dem Rücken von weniger begüterten Leuten statt. Das ist meines Erachtens stossend.

Der Minderheitsantrag I (Rychen) ist sicher vertretbar. Die Einkommenssituation der Aerzte lässt eine solche Massnahme zu. Die wirtschaftliche Situation ist auch für andere Bevölkerungskreise nicht gerade glänzend. Auch aus dieser Sicht sollte das Verständnis für einen Preisstopp für ärztliche Leistungen im ambulanten Bereich vorhanden sein.

Selbstverständlich kann der Preisstopp, der grundsätzlich eine ungute Sache ist, in Einzelfällen Härten zur Folge haben. Er trifft auch Leute, die es von ihrem Verhalten her nicht verdienen. In der heutigen Situation kann jedoch darauf keine Rücksicht genommen werden.

Wenn wir in Artikel 1 dem Vorschlag des Bundesrates folgen, kann man in Artikel 3 auch den Patienten mit einem einigermaßen guten Gewissen neue Lasten aufbürden. Wenn Sie aber darauf verzichten und den verwässerten Antrag der Mehrheit oder gar den Minderheitsantrag II annehmen, dürfte es Ihnen schwerfallen zu erklären, was dieser Bundesbeschluss noch soll.

Die SVP-Fraktion unterstützt mehrheitlich den Minderheitsantrag I (Rychen).

Frau Dormann, Berichterstatterin: Zu Artikel 1 liegen drei Anträge vor. Die Mehrheit der Kommission unterstützt den Beschluss des Ständerates, wie er in der ersten Beratung im Plenum gefasst wurde. Bei der Minderheit II handelt es sich um den Beschluss des Ständerates, der mittels Rückkommensantrag gefasst wurde. Die Minderheit I und Herr Maspoli wollen auf den Entwurf des Bundesrates zurückkommen, der einen radikalen Tarif- und Preisstopp für Leistungen der Krankenversicherung im ambulanten Bereich vorsieht, indem diese auf dem Stand vom 30. Juni 1992 eingefroren werden sollen.

Der Antrag der Minderheit I trifft ganz eindeutig die Leistungserbringer: Die Aerzte müssten für 1993 und eventuell für 1994 auf den Teuerungsausgleich verzichten. Eine Ausnahme gibt es nur, wenn der Anstieg der durchschnittlichen Behandlungskosten je versicherte Person im Jahre 1992 nicht mehr als einen Drittel über dem Anstieg des Landesindex der Konsumentenpreise liegt. Solche Erhöhungen wären 1994 aber nur insoweit zulässig, als der Anstieg der durchschnittlichen Behandlungskosten je versicherte Person voraussichtlich höchstens einen Drittel über dem Anstieg des Landesindex der Konsumentenpreise im Jahre 1994 zu liegen käme. Dadurch ist einer möglichen Mengenausweitung Einhalt geboten.

Bis hierher unterscheiden sich die Fassung der Mehrheit der Kommission und der Minderheit I zu Artikel 1 in nichts. Was will die Kommissionsmehrheit zusätzlich? Sie ist der Meinung, dass die meisten Aerzte in den vergangenen Jahren überdurchschnittlich gut verdient haben und dass ihnen ein Beitrag zur Senkung der Kosten für die Uebergangszeit von zwei Jahren zugemutet werden kann. Die Kommissionsmehrheit hat aber in Artikel 1 Absatz 2 eine Ausnahme für diejenigen Aerzte möglich gemacht, die ihre Taxpunktwerte in den Jahren 1990 bis 1992 nicht angepasst haben. Sie müssen zusätzlich nachweisen können, dass ihre Behandlungskosten pro versicherte Person und Jahr gleichzeitig um nicht mehr als den Landesindex der Konsumentenpreise plus ein Drittel angestiegen sind. Der Taxpunktwert darf jedoch nur so weit erhöht werden, dass der Anstieg der Behandlungskosten je versicherte Person voraussichtlich höchstens einen Drittel über dem An-

stieg des Landesindex der Konsumentenpreise im Jahre 1993 liegt. Potentiell könnte es Ärzte aus fünf Kantonen betreffen, die in den letzten zwei Jahren keine Anpassung der Taxpunktwerte vorgenommen haben. Das sind allerdings rund 40 Prozent aller behandelnden und praktizierenden Ärzte.

Ein weiterer Unterschied zwischen der Fassung der Mehrheit und der Minderheit I liegt in der Festlegung des Stichtages für die Begrenzung der Medikamentenpreise. Dieser Stichtag wird vom 30. Juni 1992 auf den 15. September 1992 verlegt, und für 1993 werden die Preise eingefroren.

Die Kommission hat zudem mit 8 zu 3 Stimmen bei 6 Enthaltungen Artikel 1 um einen Absatz 4 erweitert. Darin wird den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, auch mit Leistungserbringern einen Tarifvertrag abzuschliessen, mit denen bis anhin noch keiner bestand. Es geht in diesem Absatz konkret um die Hebammen, die heute von Kanton zu Kanton und von Kasse zu Kasse unterschiedliche Entschädigungen erhalten. Die Mehrheit der Kommission hat bei einem Stimmenverhältnis von 16 zu 4 an diesem modifizierten und erweiterten Artikel 1 festgehalten, obwohl in der Zwischenzeit der Ständerat seine Meinung geändert hat. Die nationalrätliche Kommission ist sich bewusst, dass der Preis- und Tarifstopp keine sympathische Massnahme ist, aber zurzeit haben wir keine bessere, die zur Kostensenkung beiträgt. Der Preis- und Tarifstopp im ambulanten Sektor umfasst rund 60 Prozent der Leistungen in der Grundversicherung inklusive Medikamente. Gleichzeitig wird der Kranke für ambulante Behandlungen mit 10 Prozent Selbstbehalt belastet. Die restlichen 90 Prozent werden von der Kasse über die Prämien bezahlt.

Unter ambulanten Kosten sind sowohl die ärztliche Behandlung als auch die Medikamente und Behandlungen durch ärztliche Hilfspersonen eingeschlossen, denn auch die beiden letztgenannten erfolgen durch Verordnung des Arztes. Folgerichtig kann auf dem ambulanten Sektor am effizientesten gespart werden. Zudem blieben die Ärzte im letztjährigen Bundesbeschluss praktisch vor Opfern verschont.

Mit Absatz 2 dieses Artikels 1 wird auf jene Ärzte Rücksicht genommen, die in den letzten Jahren keine Taxpunktwerterhöhung hatten und nun durch das Einfrieren der Tarife dafür härter bestraft würden als andere.

Zugegeben, der Artikel 1, wie ihn der Bundesrat formuliert hat und wie er von der Minderheit I übernommen wurde, wäre der einfachere gewesen. Mit der Zufügung von Absatz 2 zum Grundsatz von Artikel 1 hat die Mehrheit der Kommission eine Flexibilisierung vorgenommen, die durchaus vertretbar ist und die zu keinen Härtefällen bei den Leistungserbringern führt.

Namens der Kommissionsmehrheit muss ich Sie entschieden bitten, den Minderheitsantrag II von Herrn Allenspach abzulehnen. Sein Vorschlag entspricht jenem des Ständerates und ist die Lösung, die der Bundesrat letztes Jahr für drei Jahre vorgeschlagen hatte. Er wurde dann in den Räten allerdings auf ein Jahr befristet. Diese Lösung kann im jetzigen Zeitpunkt nicht mehr als adäquat betrachtet werden, da der Bundesrat einerseits vom Parlament den klaren Auftrag hatte, mit dem diesjährigen Bundesbeschluss die Kantone weniger stark zu belasten, und andererseits feststellen musste, dass im letztjährigen Bundesbeschluss die Krankenkassen etwas einseitig belastet wurden. Beim Antrag der Minderheit II handelt es sich um eine Preisplafonierung anstelle des Preis- und Tarifstopps. In unserer Kommission hat dieser Antrag nur 5 Stimmen gefunden.

Ich muss Sie namens der Kommissionsmehrheit ausdrücklich bitten, diesen Minderheitsantrag II abzulehnen. Ebenfalls bitte ich Sie, den Minderheitsantrag I abzulehnen und für Artikel 1 in der Fassung der Kommissionsmehrheit zu stimmen.

M. Phillipona, rapporteur: La commission a examiné cet article alors que la majorité du Conseil des Etats avait pris sa première décision, mais pas encore la deuxième. Par la suite, la commission a donc décidé, à une très large majorité, de ne pas revenir sur sa décision. Par conséquent, le premier examen est resté valable.

La commission a procédé à un examen très approfondi. Selon la proposition du Conseil fédéral et de la minorité I de la com-

mission, une augmentation est totalement exclue pour 1993 et elle ne sera autorisée, pour 1994, que si l'objectif fixé pour 1993 est atteint. Dans ce cas, une augmentation serait possible, soit 30 pour cent de plus que l'indice des prix à la consommation. Cette proposition a été jugée trop dure par une large majorité de la commission, qui vous présente sa solution, laquelle donne une petite souplesse supplémentaire pour les cas où les tarifs n'ont pas augmenté entre 1990 et 1992. L'augmentation ne devrait alors pas dépasser de plus d'un tiers l'indice suisse des prix à la consommation. Cette solution a pour principal avantage de ne pas punir tout le monde de la même façon et de tenir compte des efforts déjà accomplis. Dans plusieurs cantons, les tarifs ont été bloqués et plusieurs secteurs hospitaliers ont déjà consenti un effort dans ce sens-là. C'est la raison pour laquelle une large majorité de la commission vous propose cette solution.

A l'alinéa 4, cette adjonction a été faite pour tenir compte de nouvelles conventions qui seraient proposées ou de certains cas particuliers, les sages-femmes par exemple. C'est par 16 voix contre 4 que cet alinéa 4 vous est proposé.

Quant à la minorité II de la commission, elle vous propose une version, qui est devenue celle de la majorité du Conseil des Etats, plus souple encore que la proposition de la majorité de votre commission. Elle prend en considération le fait que, dans les prestations pour les soins ambulatoires, les prestataires de tels soins doivent également accorder la compensation du renchérissement à leur personnel, que les coûts augmentent également pour les prestataires de soins, et elle vous propose, pour 1993 déjà, ce que le Conseil fédéral propose pour 1994, sous certaines conditions.

La majorité de la commission vous invite, par 16 voix contre 5, à suivre sa proposition.

Bundesrat Cottli: Es war unvermeidlich, dass in der Diskussion die verschiedenen Evaluierungen bezüglich der Ursachen der sehr starken Kostenentwicklung noch einmal vorgebracht wurden. Man hat sogar Stimmen gehört, wonach der Patient letzten Endes der Hauptverantwortliche für diese Entwicklung sein soll. Ich möchte diese Frage in diesem Moment noch nicht beantworten. Bei Artikel 3 werden wir auf den Patienten zu sprechen kommen.

Hier geht es um die Leistungserbringer. Ich habe Argumente gehört, die angesichts der mir bekannten Zahlen kaum haltbar sind. Herr Allenspach hat bezüglich der Leistungserbringer behauptet, das Ganze sei «unmoralisch», die Blockierung der Tarife für ein oder zwei Jahre sei «unmoralisch». Wenn ich die Entwicklung des durchschnittlichen Einkommens der frei praktizierenden Ärzte zwischen 1982 und 1990 betrachte – im Jahre 1990 betrug dieses durchschnittliche Einkommen um die 300 000 Franken, genau 273 000 Franken –, frage ich mich, ob das einfache Begehren, jetzt einmal masszuhalten, wirklich unmoralisch ist oder ob sich dieses Begehren nicht geradezu aufzwingt. Ich wäre mit Beiwörtern etwas vorsichtig! Herr Allenspach und Herr Borer Roland haben gefragt – es ist eine berechnete Frage –, wieso die Spitäler nicht auch in die gleichen Massnahmen der Tarifbeschränkung einbezogen würden. Die Antwort müssen Sie geben. Sie haben nämlich letztes Jahr in Artikel 4 des Bundesbeschlusses den Bundesrat – gegen dessen Willen – beauftragt, eine neue Massnahme vorzuschlagen, die «den Interessen der Kantone besser entspricht». Wir sind Ihrer Weisung getreu gefolgt. Wir schlagen jetzt eine etwas andere und etwas bessere Behandlung der Kantone vor. Ob das gerechtfertigt ist oder nicht, mögen Sie bitte selber beurteilen. Wir haben einfach Ihren Auftrag erfüllt. Eines möchte ich schon heute sagen: Wenn Herr Allenspach und andere die Meinung vertreten, dieser kleine, auf zwei Jahre beschränkte Bundesbeschluss könnte die künftige Totalrevision des Krankenkassengesetzes gefährden, dann muss ich Ihnen sagen: Ihre Argumentation ist eine ausgezeichnete Argumentation a futura memoria. Aber ich habe den Eindruck – wenn ich jetzt sehe, wie gross die Interessengegensätze schon bei einer so kleinen Massnahme sind –, dass die gleichen Interessengegensätze – man vernimmt aus der ständerätlichen Kommission schon einiges – bei der Totalrevision um so stärker zutage treten werden. Ich bitte Sie, Herr Al-

lenspach, dann auf diese Interessengegensätze hinzuweisen, die bis heute keine Totalrevision erlaubt haben und die heute schon bei kleinen Fragen so heftig aufeinanderstossen.

Ich komme jetzt zu den Anträgen: Der Antrag der Kommissionmehrheit hätte die Konsequenz, dass für die Aerzteschaft von fünf Kantonen – es betrifft etwa 40 Prozent der gesamten schweizerischen Aerzteschaft – eine Ausnahmeregelung potentiell möglich wäre. Ich möchte noch einmal betonen: möglich, denn es ist gar nicht sicher, dass für alle eine Ausnahmeregelung getroffen werden kann. Absatz 2 gemäss Kommissionmehrheit sieht ja neben den zeitlichen noch andere Bedingungen vor, die erfüllt werden müssen. Ich frage mich wirklich, weshalb für fast die Hälfte der Leistungserbringer Ausnahmen möglich sein sollten.

Persönlich bin ich der Auffassung, dass der Minderheitsantrag I (Rychen) der kritischen Lage am besten entsprechen würde. Sollte aber der Antrag der Kommissionmehrheit durchkommen, so bin ich mir natürlich im klaren darüber, dass irgendwo Kompromisse gefunden werden müssten. Auf jeden Fall bitte ich Sie, den Minderheitsantrag II (Allenspach) zurückzuweisen.

Präsident: Sie haben zu entscheiden zwischen den Anträgen der Mehrheit, der Minderheit I (Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates, zugleich Antrag Maspoli) und der Minderheit II (Zustimmung zum Beschluss des Ständerates).

Abstimmung – Vote

Namentliche Eventualabstimmung Vote préliminaire, par appel nominal

Für den Antrag der Mehrheit stimmen die folgenden Ratsmitglieder:

Votent pour la proposition de la majorité:

Aguet, Baumann, Baumberger, Bäumlín, Béguelin, Bircher Peter, Bircher Silvio, Bischof, Blatter, Bodenmann, Borel François, Borradori, Bortoluzzi, Brügger Cyrill, Brunner Christiane, Bühler Simeon, Bühmann, Bundi, Bürgi, Carobbio, Cotti, Daepf, Danuser, Darbellay, de Dardel, David, Deiss, Diener, Dormann, Ducret, Dünki, Duvoisin, Eggenberger, Engler, Epiney, Fankhauser, Fasel, Fehr, von Felten, Fischer-Sursee, Gardiol, Gobet, Goll, Gonseth, Grendelmeier, Gross Andreas, Grossenbacher, Haering Binder, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Haller, Hämmerle, Hari, Herczog, Hess Otto, Hess Peter, Hildbrand, Hollenstein, Hubacher, Iten Joseph, Jäggi Paul, Jeanprêtre, Jöri, Keller Anton, Keller Rudolf, Kühne, Ledergerber, Leemann, Leu Josef, Leuenberger Ernst, Maeder, Marti Werner, Maspoli, Mauch Ursula, Meier Hans, Meyer Theo, Misteli, Oehler, Raggenbass, Rebeaud, Rechsteiner, Reimann Maximilian, Ruckstuhl, Ruf, Rutishauser, Rychen, Schmid Peter, Schmidhalter, Schnider, Schwab, Seiler Rolf, Sieber, Spielmann, Stalder, Stamm Judith, Steffen, Steiger, Strahm Rudolf, Thür, Tschäppät Alexander, Vetterli, Vollmer, Weder Hansjürg, Wick, Wiederkehr, Ziegler Jean, Zölch, Züger, Zwygart (109)

Für den Antrag der Minderheit II stimmen die folgenden Ratsmitglieder:

Votent pour la proposition de la minorité II:

Allenspach, Aregger, Aubry, Bezzola, Binder, Bonny, Borer Roland, Bühler Gerold, Camponovo, Cavadini Adriano, Chevallaz, Cincera, Couchepin, Dettling, Dreher, Eggly, Eymann Christoph, Fischer-Häggingen, Fischer-Seengen, Frey Claude, Frey Walter, Friderici Charles, Fritsch: Oscar, Früh, Giezendanner, Giger, Gros Jean-Michel, Guinand, Gysin, Heberlein, Hegetschweiler, Jenni Peter, Kern, Leuba, Loeb François, Mamie, Mauch Rolf, Maurer, Miesch, Moser, Müller, Nabholz, Narbel, Neuenschwander, Perey, Philipona, Pidoux, Poncet, Rohrbasser, Savary, Scheidegger, Scherrer Jürg, Scheurer Rémy, Spoerry, Stamm Luzi, Steinegger, Steineemann, Stucky, Suter, Tschuppert Karl, Wanner, Wittenwiler, Wyss (63)

Der Stimme enthalten sich – S'abstiennent:

Comby, Meier Samuel, Schmied Walter, Segmüller, Tschopp (5)

Abwesend sind die folgenden Ratsmitglieder – Sont absents:

Bär, Berger, Blocher, Caccia, Caspar-Hutter, Columberg, Etique, Jaeger, Leuenberger Moritz, Luder, Maître, Matthey, Mühlemann, Pini, Robert, Ruffy, Sandoz, Scherrer Werner, Seiler Hanspeter, Theubet, Zisyadis, Zwahlen (22)

Präsident Nebiker stimmt nicht

M. Nebiker, président, ne vote pas

Definitiv – Définitivement

Für den Antrag der Mehrheit 110 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit I/Maspoli 37 Stimmen

Art. 2

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 2a (neu)

Antrag der Kommission

Mehrheit

Ablehnung des Antrages der Minderheit

Minderheit

(Heberlein, Allenspach, Borer Roland, Bortoluzzi, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Philipona, Segmüller)

Titel

Tarife und Preise im teilstationären Bereich

Abs. 1

Im teilstationären Bereich können zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen während der Dauer dieses Beschlusses neue Tarife vereinbart werden, die den Beschränkungen von Artikel 1 und 2 nicht unterliegen.

Abs. 2

Als teilstationär gelten Leistungen, die weniger als 24 Stunden in Anspruch nehmen und unter ärztlicher Leitung in zweckentsprechenden medizinischen Einrichtungen mit dem notwendigen Fachpersonal (zur Betreuung und Ueberwachung) erbracht werden.

Art. 2a (nouveau)

Proposition de la commission

Majorité

Rejeter la proposition de la minorité

Minorité

(Heberlein, Allenspach, Borer Roland, Bortoluzzi, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Philipona, Segmüller)

Titre

Tarifs et prix dans le domaine semi-hospitalier

Al. 1

Dans le domaine semi-hospitalier, les nouveaux tarifs qui seront fixés entre les fournisseurs de prestations et les caisses pendant la durée de validité de cet arrêté ne seront pas soumis aux limitations prévues par les articles 1 et 2.

Al. 2

Est considérée comme semi-hospitalière la prestation fournie pendant moins de 24 heures et qui est prodiguée sous la direction d'un médecin dans un établissement et avec les installations adéquates par un personnel qualifié (pour les soins et la surveillance)

Frau Heberlein, Sprecherin der Minderheit: Dass der jetzt kommentarlos beschlossene Artikel 2 dieses Bundesbeschlusses auf die Grundversorgung der in der allgemeinen Abteilung versicherten Patienten erhebliche negative Auswirkungen haben wird, haben wir von den Kantonen gehört. Sie nehmen sie in Kauf. Ich bin aber der Meinung, dass wir sie

nicht einfach nur in Kauf nehmen dürfen, sondern dass wir andererseits als Ergänzung zu diesem Artikel Anreize bieten müssen. Im Gegensatz zum Bundesrat und zur Kommissionmehrheit bin ich der Ansicht, dass wir nichts unversucht lassen dürfen, auch sparen, dass wir also nicht nur einseitig Taxen, Tarife und Prämien blockieren sollten. Wir haben bessere Lösungen, Frau Dormann. Wir müssen bereits heute Sparanreize beschliessen und dürfen nicht nur bei der Revision des Krankenversicherungsgesetzes davon sprechen. Darin, Frau Gönseth, besteht für mich die Umwandlung des Systems.

Wir haben im KVG-Entwurf gute Ansätze dazu. Dass wir unbestrittene Ansätze heute realisieren müssen, scheint mir selbstverständlich zu sein, solange dieser Beschluss noch unter dem Titel Kostendämpfungsmassnahmen und nicht unter Blockierungsmassnahmen läuft. Die medizinische Entwicklung ermöglicht heute Operationen, bei denen sich die Aufenthaltsdauer in einem Spital oder in einer fachlich, medizinisch und pflegerisch ähnlich gut ausgerüsteten Institution auf ein Minimum reduziert. Diese teilstationäre Behandlung ist im KVG-Entwurf völlig unbestritten; sie ist dort definiert und aufgenommen.

Heute bestehen für diese Behandlungsmöglichkeit keine Tarife. Der Aufwand ist erheblich grösser als bei ambulanten Leistungen, denn die Betreuung in einer solchen Institution muss während 24 Stunden am Tag gewährleistet sein. Weil diese Tarife heute nicht bestehen, sondern nur ambulante Tarife angewendet werden können, bleiben die Patienten über Nacht in den Spitälern und werden dafür belohnt, indem ihnen die Krankenkassen alles bezahlen.

Mit meinem Minderheitsantrag soll den Kassen lediglich die Möglichkeit gegeben werden, diese Tarife einzuführen und mit Institutionen Verträge abzuschliessen, mit denen sie dies wünschen. Dass diese Massnahme von niemandem bestritten wird, hat sich letztlich auch an einer Tagung in Nottwil unter der Leitung von Ständerat Huber gezeigt. Ich sehe nicht ein, warum wir den Kassen nicht heute bereits diese Möglichkeit einräumen wollen. Mit diesem Antrag entsteht weder ein Verwaltungsaufwand noch eine Pflicht der Kassen, Verträge abzuschliessen, und auch kein Recht der Institutionen, einen derartigen Vertrag zu erhalten. Wir vergrössern höchstens den Spielraum der Krankenkassen, kostengünstige Verträge mit Institutionen abzuschliessen.

Daher bin ich der Überzeugung, dass wir heute diese Möglichkeit in diesen Bundesbeschluss aufnehmen müssen. Das Anliegen wird von niemandem bestritten. Bestritten wird nur der Zeitpunkt, und das scheint mir eine recht vage Ausrede zu sein, wenn es uns mit den Kosteneinsparungen wirklich ernst ist.

Wenn Sie dem Artikel 2a zustimmen, so muss gleichzeitig in Artikel 3 der Titel ergänzt werden; in Artikel 3 Absatz 1 muss «und bei teilstationären Leistungen» und in Artikel 7 Absatz 2 ein neuer Buchstabe b bis «für teilstationäre Leistungen» eingefügt werden. Ich möchte diese Anträge später nicht nochmals einzeln begründen.

Jörl: Die SP-Fraktion empfiehlt Ablehnung des Minderheitsantrages Heberlein. Ich habe schon beim Eintreten klar darauf hingewiesen, dass der vorliegende Bundesbeschluss primär zum Ziel hat, die Versicherten – im Sinne einer Überbrückungsmassnahme – vor einer weiteren Erhöhung der Prämien zu schützen, bis das revidierte Krankenversicherungsgesetz in Kraft tritt.

Mit dem Einbezug von weiteren, noch so berechtigten Anliegen überladen wir das Fuder; es kippt, und der Bundesbeschluss wird scheitern, was eventuell die Absicht der Antragstellerin ist. Dies würde in erster Linie 95 Prozent der Versicherten treffen, die dieses Jahr von einer Prämienvergünstigung profitiert haben. Das müssen Sie bedenken, wenn Sie diesen Minderheitsantrag zu beurteilen haben.

Die Verankerung des teilstationären Bereichs gehört in die Revision des Krankenversicherungsgesetzes, die nächstes Jahr von der nationalrätlichen Kommission in Angriff genommen wird. Nur schon die Tarifaufgestaltung in diesem Bereich ist eine langwierige Arbeit und kann im Rahmen des dringlichen Bundesbeschlusses überhaupt nicht seriös angegangen wer-

den. Nach Auskunft von Versicherungsseite sind die Ärzte und die Versicherungen jetzt schon uneinig über die Tarifaufgestaltung, bevor der teilstationäre Bereich überhaupt irgendwo verankert wurde. Das Sparpotential des teilstationären Bereichs ist völlig unbestritten, aber auch nur dann, wenn sich die Anbieter und die Versicherungen auf grundsätzlich tiefere Tarife einigen können, als sie in den Spitälern gelten. Dieses Anliegen wird im Rahmen der KVG-Revision seinen Platz finden, aber nicht in einem befristeten Bundesbeschluss.

In diesem Sinne bitte ich Sie, den Minderheitsantrag Heberlein – wie auch alle folgenden Anträge mit der gleichen Forderung – abzulehnen, wie Ihnen das eine grosse Mehrheit der Kommission beantragt.

Frau Daepf: Die Mehrheit der SVP-Fraktion stimmt dem Minderheitsantrag zu. Wir möchten sparen helfen, wo es überhaupt möglich ist. Den Kassen wird dadurch die Möglichkeit gegeben, mit entsprechenden Institutionen Verträge abzuschliessen. Die Krankenkassen würden also durch diesen Minderheitsantrag nicht unbedingt verpflichtet, solche Verträge einzugehen. Durch diesen Minderheitsantrag wäre die Möglichkeit gegeben, im Bereich der teilstationären Behandlung mehr Erfahrungen zu sammeln und für die definitive Revision vorzuarbeiten.

Ich bitte Sie im Namen der SVP-Fraktion, dem Minderheitsantrag zuzustimmen. Er wird Auswirkungen auf die Artikel 3 und 7 haben, bei denen wir ebenfalls den Anträgen der Minderheit Heberlein zustimmen werden.

Präsident: Die grüne Fraktion, die CVP-Fraktion, die Fraktion der Schweizer Demokraten und der Lega dei Ticinesi und die LdU/EVP-Fraktion teilen mit, dass sie der Mehrheit zustimmen werden.

Eymann Christoph: Ich bitte Sie im Namen der liberalen Fraktion, dem Minderheitsantrag von Frau Heberlein zuzustimmen. Diese Bestimmung ist ein Anreiz, um zu sparen. Diese Stossrichtung muss und wird auch bei der Gesetzesrevision verfolgt werden. Sie dient der Verbilligung, das ist unbestritten. Wir finden, dass man jetzt damit beginnen sollte. Mit dieser Massnahme sollten wir den Krankenkassen schon jetzt helfen. Ich bitte Sie also um Zustimmung zum Minderheitsantrag von Frau Heberlein.

Frau Dormann, Berichterstatterin: Die Minderheit Heberlein schlägt einen neuen Artikel 2a vor. Sie beantragt, dass die Krankenkassen mit den Leistungserbringern während der Dauer dieses zweijährigen Bundesbeschlusses neue Tarife vereinbaren können, die weder den Beschränkungen von Artikel 1 noch von Artikel 2 dieses Bundesbeschlusses unterliegen, d. h. weder eindeutig zum ambulanten noch eindeutig zum stationären Bereich gehören. In diesem Wortlaut kommt zum Ausdruck, dass es den Begriff «teilstationär» in der geltenden Krankenversicherungsgesetzgebung nicht gibt. Dieser Begriff würde also auf dem Weg eines Bundesbeschlusses, der aller Voraussicht nach dringlich erklärt wird, eingeführt.

Obwohl das Anliegen der Minderheit Heberlein seine Berechtigung hat – wir kennen in der Schweiz zum Beispiel Tageskliniken für chirurgische Eingriffe oder auch Tagesspitäler für pflegebedürftige Betagte –, sind Zeitpunkt und Ort, den Begriff «teilstationär» als neuen Begriff einzuführen, falsch. Nach dem heute geltenden Recht gilt die teilstationäre Behandlung als ambulante Leistung. Mit Sicherheit wird der Begriff «teilstationär» mit all seinen Konsequenzen in der Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes vertieft diskutiert werden. In der Kommission ist der Antrag der Minderheit Heberlein mit 11 zu 8 Stimmen bei 3 Enthaltungen abgelehnt worden. Ich bitte Sie namens der Kommissionmehrheit, den Antrag der Minderheit ebenfalls abzulehnen.

M. Philippona, rapporteur: La proposition de la minorité Heberlein va certainement dans le sens d'une diminution des coûts de l'assurance-maladie puisqu'il y aurait lieu de remplacer certaines hospitalisations par du semi-hospitalier qui devrait être beaucoup moins coûteux pour les caisses-maladie

que l'hospitalisation elle-même. Une telle diminution des coûts n'est pas contestée, étant donné que le projet de loi la prévoit et que même M. Jöri l'a admise tout à l'heure, au nom du groupe socialiste.

Si la majorité de la commission, par 11 voix contre 8 et 3 abstentions, vous demande de rejeter la proposition de la minorité, c'est parce qu'elle est d'avis que ces dispositions n'ont pas leur place dans des mesures urgentes valables pour deux ans. En effet, il s'agit là d'une notion nouvelle qui demande une mise en place.

Bundesrat Cotti: Ich muss noch einmal betonen, dass es hier wirklich nur um eine kurzfristige Ueberbrückungsmassnahme geht. Die Idee von Frau Heberlein ist in der Totalrevision enthalten. Wenn wir jetzt beginnen würden, alle Elemente der Totalrevision vorzuziehen, hätte das zwei Konsequenzen:

1. Der sowieso gefährdete, nötige Ueberbrückungsbeschluss würde überladen und damit zusätzlich gefährdet.
2. Wir würden die mühsam erreichten Gleichgewichte in der Totalrevision gefährden, denn auch dort geht es um eine Opfersymmetrie. Würde man jetzt die einzelnen Elemente zum Teil vorziehen, wären diejenigen, die die Opfer noch nicht gebracht haben, weniger bereit, bei der Totalrevision einer Opfersymmetrie zuzustimmen.

Das ist der Grund, weshalb der Bundesrat es vorziehen würde, wenn Sie diesen Bundesbeschluss auf ein Minimum reduzieren würden.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	68 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	58 Stimmen

Art. 3

Antrag der Kommission

Mehrheit
Streichen

Minderheit I

(Heberlein, Allenspach, Borer Roland, Bortoluzzi, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Philipona, Segmüller)

Titel

.... im Spital und bei teilstationären Leistungen

Abs. 1

.... in einer Heilanstalt und bei teilstationären Leistungen erheben.

Abs. 2, 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Minderheit II

(Heberlein, Allenspach, Borer Roland, Eymann Christoph, Philipona, Segmüller)

Abs. 1

.... tritt ein nicht versicherbarer Beitrag an die Behandlungskosten

Abs. 2, 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Minderheit III

(falls der Antrag der Minderheit II abgelehnt wird)
(Borer Roland, Allenspach, Bortoluzzi, Daepf, Gysin)

Abs. 1

.... tritt ein Beitrag an die Behandlungskosten von 20 Franken pro Aufenthaltstag.

Abs. 2, 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 3

Proposition de la commission

Majorité
Biffer

Minorité I

(Heberlein, Allenspach, Borer Roland, Bortoluzzi, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Philipona, Segmüller)

Titre

.... l'hôpital et pour les prestations semi-hospitalières

Al. 1

.... un établissement hospitalier ainsi que pour les prestations semi-hospitalières

Al. 2, 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité II

(Heberlein, Allenspach, Borer Roland, Eymann Christoph, Philipona, Segmüller)

Al. 1

.... une contribution aux frais de traitement qui ne peut être assurée

Al. 2, 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité III

(au cas où la proposition de la minorité II est rejetée)

(Borer Roland, Allenspach, Bortoluzzi, Daepf, Gysin)

Al. 1

.... une contribution aux frais de traitement de 20 francs par journée d'hospitalisation.

Al. 2, 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Frau Heberlein, Sprecherin der Minderheit II: Ich gebe meine Versuche nicht auf, sparen zu helfen. Die Begründung des Bundesrates zu Artikel 2a war für mich doch recht ungläubwürdig. Alle reden vom Sparen, wollen Kosten dämpfen, und wenn wir es heute können, sagen wir nein. Wir verschieben es auf drei bis vier Jahre später, bis dann vielleicht die Gesetzesrevision kommt.

Der Ständerat hat diesem Vorschlag mit 32 zu 6 Stimmen klar zugestimmt. Er führt eine minimale Kostenbeteiligung von 10 Franken pro Tag im Spital ein. Der Grund dafür ist nicht – wie uns dies unterstellt wurde – das Verlangen, die Versicherten mehr zur Kasse zu bitten. Als Vertreterin des Spitalwesens müsste ich eigentlich der Mehrheit zustimmen; denn jeder Tag, der länger im Spital verbracht wird, vermehrt dort die Einnahmen. Er steigert aber zugleich auch die Kosten, und Kostendämpfung ist mir wichtiger. Wir würden auch hier wieder das heutige Anreizsystem, möglichst viel im Spital zu machen bzw. möglichst lange im Spital zu bleiben, statt ambulant oder teilstationär behandeln zu lassen, umkehren. Heute wird jeder Patient, der sich kostenbewusst verhält, bestraft. Wenn er die Nacht im Spital verbringt, bezahlen die Krankenkassen alles. Wenn er am Abend nach Hause geht, muss er einen grossen Anteil selber bezahlen.

In meinem Antrag habe ich die Formulierung des Ständerates übernommen, obwohl sie auch in Frage gestellt werden kann, obwohl eine höhere Kostenbeteiligung auch in der KVG-Revision vorgesehen ist. Die Schweiz hat die höchste Aufenthaltsdauer pro Patient im Spital. Nach Schätzung der Krankenkassen könnten jährlich 200 Millionen Franken eingespart werden, wenn jeder Patient nur einen Tag früher aus dem Spital entlassen würde. Dass diese Massnahmen längerfristig eine Reduktion der Prämien und der Spitalkosten zur Folge haben werden, steht ausser Zweifel. Darum ist auch Ihr Vorwurf, nur die Patienten würden zur Kasse gebeten, ungerechtfertigt. Eine Reduktion der Kosten wird für alle Beteiligten positive Folgen haben, für die Prämienzahler in allererster Linie.

Selbstverständlich müssen diese Massnahmen mit einer Reduktion der Spitalbetten gekoppelt werden und auch mit einem Ausbau der Spitex-Dienste. Es handelt sich auch nicht um eine Massnahme für mehr Einnahmen der Spitäler. Im Gegenteil, wenn der Kostendeckungsgrad in den Spitätern erhöht wird, bezahlen wir weniger Subventionen, und auch die Krankenkassen müssen weniger bezahlen.

Dass diese Kostenbeteiligung nicht versicherbar sein soll, war in der Kommission unbestritten. Ich hoffe, dass der Ständerat diese Ergänzung aufnehmen wird; sie wird vom BSV ausdrücklich begrüsst. Von einer Entsolidarisierung von Gesunden und Kranken zu sprechen oder von einer Abwälzung der Kosten auf die Kranken, scheint mir völlig verfehlt zu sein; dies um so mehr, als wir den Gesamtbetrag gegenüber heute auf 500 Franken reduzieren.

Vielleicht ist dies auch der Ort, um einmal festzustellen, dass wir in diesem Beschluss nur von höchstens 50 Prozent aller Versicherten sprechen, die eine Zusatzversicherung haben. Wie gross oder wie umfangreich diese ist, ob es sich um Halbprivat- oder Privatversicherungen handelt, ist eine andere Frage. Aber nur rund 50 Prozent der Bevölkerung haben eine Allgemeinversicherung ohne irgendwelche Zusatzversicherungen. Wir reden nur von diesen Beträgen, auch wenn wir von den Prämienbelastungen sprechen. Wir wecken oft Illusionen, weil alle Zusatzversicherten oder ganz privat Versicherten die Meinung haben, auch sie würden durch diese Bundesbeschlüsse entlastet – dies ist nicht der Fall.

Ich befürchte, dass dieser Bundesbeschluss, wenn wir ihn so durchziehen, eine Zunahme der Pflagezeit zur Folge haben wird, die sich in den letzten Jahren doch zurückentwickelt haben. Wenn wir den teilstationären und ambulanten Bereich weiterhin als zweitklassig behandeln und die Patienten dadurch mehr belasten, als wenn sie im Spital sind, besteht überhaupt kein Interesse an einer weiteren Reduktion der Spitalkosten. Sie beanspruchen aber mit rund 12 bis 13 Milliarden Franken einen grossen Anteil an den Gesamtkosten im Gesundheitswesen in der Höhe von beinahe 30 Milliarden Franken.

Wir haben wie gesagt die höchste Spitalaufenthaltsdauer in Europa: Sie beträgt im Durchschnitt rund 14 Tage statt wie im europäischen Mittel 10 Tage. Eine Reduktion der Spitaltage auf den europäischen Durchschnitt ergäbe eine Reduktion von rund 30 Prozent, also eine Kostensenkung von 3 bis 4 Milliarden Franken. Mit der Einführung dieses im Ständerat praktisch unbestrittenen Selbstbehaltes können wir einen kleinen Schritt tun.

Borer Roland, Sprecher der Minderheit III: Der Eventualantrag der Minderheit III, mit dem wir eine Selbstbeteiligung an den Behandlungskosten von 20 Franken verlangen, wenn der Antrag der Minderheit II abgelehnt wird, ist unseres Erachtens die letzte Möglichkeit, im Rahmen dieses Gesetzes noch zu sparen. Es ist eine merkwürdige Situation, da muss ich Herrn Bundesrat Cotti unterstützen: Letztes Jahr gaben wir Sparaufträge, und heute ist vom Sparen nicht mehr die Rede, sondern es geht nur noch darum, die Prämien zu plafonieren. So geht es natürlich nicht!

Was Frau Heberlein vorhin gesagt hat, kann ich voll und ganz unterstützen. Ich möchte sogar noch ergänzen: Wir haben nicht nur die längste Aufenthaltsdauer in den Spitälern, wir haben auch die grösste Spitälerdichte und die höchste Bettenzahl in ganz Europa. Das Zusammenwirken dieser drei Faktoren bewirkt rein betriebswirtschaftlich betrachtet – und ich komme immer wieder darauf –, dass die Spitäler gar kein Interesse daran haben, Aufenthaltsdauern zu verkürzen: Man will die vorhandene Infrastruktur nutzen.

Ich nehme wieder unseren kleinen Kanton Solothurn als Beispiel: Der Neubau respektive Umbau des Kantonsspitals Olten kostet den Kanton eine Viertelmilliarde Franken – wahrscheinlich wird es noch etwas mehr sein. Wer bezahlt das?

Bei der Diskussion um einen Selbstbehalt oder einen Behandlungsbeitrag von 20 Franken muss man eigentlich die entstehenden Gesamtkosten sehen. Ich habe mir wieder ein paar Zahlen herausgeschrieben, die sehr interessant sind. Bürgerspital Solothurn oder Kantonsspital Olten: Logis, Verpflegung und ärztliche Betreuung in der Allgemeinabteilung – ärztliche Betreuung heisst in dieser Phase ein- bis zweimal pro Woche Besuch eines Arztes – kosten Krankenkassen und Kanton pro Tag 512 Franken. Unsere Spitäler entwickeln sich langsam zu 6-Stern-Hotels, und das geht zu weit. Ein weiteres Beispiel: Frauenspital Bern. Eine Frau aus dem Kanton Solothurn besucht das Frauenspital Bern. Dabei entstehen Kosten von 1027 Franken pro Tag. So geht es doch wirklich nicht mehr!

Wenn Sie sparen wollen – und ich bitte Sie, diese letzte Möglichkeit der Kosteneinsparung zu nutzen –, dann müssen Sie dem Minderheitsantrag II oder allenfalls dem Eventualantrag der Minderheit III zustimmen.

Wir können in den Spitälern nur noch Kosten sparen, wenn der Patient, sprich Konsument, bereit ist, einen Gegendruck zu er-

zeugen, und sagt: Jetzt ist es genug, jetzt will ich nach Hause. Verpassen Sie diese letzte Möglichkeit des Sparens im Gesundheitswesen nicht, sonst müssen wir wirklich zu einer radikalen Systemänderung, zu einem Systemwechsel kommen.

Jöri: Kollege Borer, es geht hier nicht ums Sparen, sondern um die erneute Umverteilung von Kosten auf dem Buckel der Versicherten, und mit diesen 10 Franken zu argumentieren ist praktisch demagogisch. Es geht hier um mehrere hundert Millionen Franken, die schlussendlich wieder auf die Versicherten abgewälzt werden. Aus diesem Grunde ist die Kostenbeteiligung der Versicherten im stationären Bereich für uns das eigentliche Pièce de résistance der ganzen Vorlage.

Aus diesem Grunde haben wir zu dieser Abstimmung auch Namensaufruf verlangt. Es ist sozialpolitisch nicht zu verantworten, dass den Versicherten noch mehr aufgebürdet wird. Die letzten Jahrzehnte haben eine überproportionale Steigerung der Finanzierung durch die Versicherten gebracht – durch höhere Pro-Kopf-Prämien, Franchisen und höhere Selbstbehalte. Weil das Fass am Ueberlaufen ist, war der Bundesrat zum Handeln gezwungen und hat im Sinne einer Ueberbrückung versucht, die am härtesten betroffenen Versicherten einigermassen vor der Prämienentwicklung zu verschonen.

Ohne Bundesbeschluss sind bis 1995 doppelte Krankenkassenprämien prognostiziert. Wir dürfen den Versicherten sicher nicht Sand in die Augen streuen, sondern müssen – auch hier vorne – klar festhalten, dass wir keinen Prämienstopp beschliessen, sondern einen sozial möglichst verträglichen, abgebremsten Anstieg. Die Versicherten müssen auch in Zukunft mit einem Prämienanstieg rechnen, insbesondere wenn sie sich Billigkassen angeschlossen haben.

Der Grundgedanke der Selbstbeteiligung im ambulanten Bereich war früher einmal die Kostendämpfung. Die Versicherten sollten mit einer Kostenbeteiligung von einem Arztbesuch abgehalten werden. Wieweit diese Idee überhaupt ökonomisch gegriffen hat, wurde nie untersucht. Der Selbstbehalt im Spitalbereich wird aber niemanden davon abhalten, ins Spital einzutreten. Ein Eintritt ins Spital erfolgt in den allerwenigsten Fällen freiwillig. Was den Anteil von möglichen, ambulant durchzuführenden chirurgischen Eingriffen betrifft, muss eine Lösung im Rahmen der KVG-Revision gesucht werden. Auch die Ansetzung des Selbstbehalts auf 10 Franken bewirkt nichts als eine Kostenumlagerung von Millionen von Franken auf dem Buckel der Versicherten.

Der Ständerat hat in dieser Frage anders entschieden als unsere Kommission. Er hat sich für eine weitere, bis jetzt nicht erschlossene Finanzierungsquelle ausgesprochen, mutet den Versicherten noch mehr zu, entschied sich aber zudem für eine Aufhebung des Tarifstopps. Der Ständerat entschied sich für die Anliegen der Aertzeschaft und gegen die Anliegen der Versicherten – das muss ganz klar festgehalten werden.

Es liegt nun an uns, diesen Grundsatzentscheid umzukehren: nämlich einen Bundesbeschluss zu verabschieden, der eine Entlastung der Versicherten bringt und ein minimales Solidaritätsoffer von seiten der Anbieter, der Aertzeschaft, fordert. Wir empfehlen Ihnen, Artikel 3 zu streichen.

M. Pidoux: On a dit de ces arrêtés fédéraux urgents qu'ils voulaient donner un signal dans une direction, qu'ils ne s'attaquaient pas aux causes de la maladie, mais uniquement à ses effets, et qu'on pourrait s'y opposer parce qu'ils n'étaient destinés qu'à la galerie. Nous avons ici un test de notre volonté de combattre la cause des coûts ou de nous satisfaire d'affirmations à savoir que les médecins et les hôpitaux cantonaux ont intérêt à ce que les coûts de la santé augmentent.

Ceux qui raisonnent ainsi tiennent des discours de cantine. Il n'est pas sérieux d'affirmer que les cantons ont intérêt à ce que les tarifs des hôpitaux augmentent en vue d'obtenir davantage d'argent, par exemple pour le financement des routes. Une discussion a déjà eu lieu concernant les médecins. Il est stupide de mettre seulement à leur charge la hausse des coûts. Car vous savez tous que c'est votre comportement, celui des individus, qui augmente de telle manière les coûts de la santé. Lorsque votre femme ou votre fils est malade, vous exigez que

tous les examens soient faits, avec les appareils les plus modernes, et vous n'acceptez pas que le séjour à l'hôpital du membre de votre famille soit de durée limitée.

M. Jöri a tort et a raison quand il soutient que les propositions de minorité ne concernent pas un problème d'épargne, mais de répartition des coûts. Il est vrai que la question de la répartition des coûts demeure, et nous l'aborderons plus tard. Mais cette mesure-ci est ciblée; elle est déjà en vigueur – j'y reviendrai – et pourrait avoir quelque chose de positif.

Je connais les chiffres des hôpitaux vaudois quant à la durée du séjour d'une femme qui va donner naissance à un enfant. On considère l'accouchement comme une maladie, et c'est pour cette raison qu'on dispose de ces éléments. On ne possède pas de statistiques pour les Etats-Unis, où les femmes ne restent hospitalisées que quelques jours, mais dans nos hôpitaux publics, les accouchées restent moins de six jours. Cependant, dans un seul hôpital vaudois, des femmes séjournaient plus de dix jours. J'ai eu de la peine à admettre – et nous n'avons pas admis – que toutes ces femmes fussent deux fois plus malades que les autres et leurs enfants deux fois moins en bonne santé. Cela était dû à des raisons extérieures, c'est-à-dire à des dysfonctionnements, qui faisaient qu'on avait intérêt à garder ces femmes plus longtemps dans cet hôpital-là plutôt que dans les autres.

Cet exemple documenté montre bien que notre comportement est essentiel pour fixer la durée de notre séjour à l'hôpital. Si l'on veut, on peut en réduire la durée, sur la base d'un certain nombre d'éléments. Au point de vue pratique, il existe différentes mesures concernant la durée du séjour et le coût par cas, sur lesquelles je ne m'étendrai pas.

Par conséquent, la proposition de la minorité va dans le bon sens. C'est en fonction de leur portemonnaie que les gens ont intérêt à rentrer à la maison le vendredi soir, plutôt que le lundi, évitant ainsi de passer trois jours de plus à l'hôpital aux frais de la collectivité. La mesure proposée est donc bonne. Mais, je le répète, elle est déjà introduite, par le biais de la taxe hospitalière, dans le canton de Fribourg – le Grand Conseil fribourgeois vient de l'adopter – et je serai heureux d'entendre le rapporteur de langue française à cet égard. Nous allons l'introduire dans le canton de Vaud et il est question de le faire dans celui du Valais.

Je sais bien, Mesdames et Messieurs mes collègues alémaniques, qu'une idée exprimée en français ne peut être qu'intéressante et qu'elle doit être exprimée en allemand pour devenir sérieuse! Nous avons là une bonne idée – qui sera reprise dans la révision de loi – exprimée en allemand par le Conseil des Etats et par la minorité de notre commission. C'est la raison pour laquelle je vous invite d'ores et déjà à donner ce signe – puisqu'on fait de la politique en donnant des signes – à savoir que nous voulons inciter les gens à ne pas consommer inutilement des prestations médicales.

Frau Gonseth: Die grüne Fraktion empfiehlt Ihnen Zustimmung zur Mehrheit und Ablehnung aller Minderheitsanträge. Wir lehnen es ab, dass die Kostenbeteiligung bei Spitalaufenthalt mit diesem Bundesbeschluss eingeführt wird. Diese grundlegende Aenderung der bisherigen Kostenbeteiligung soll mit der Totalrevision des KVG geschehen und sozial abgefedert sein – und zwar so, dass sie dann wirklich etwas an Anreiz bringt. Der von den Minderheiten gestützte Artikel 3 ist nämlich völlig undurchdacht und bringt wahrscheinlich unter dem Strich überhaupt nichts. 10 Franken pro Tag als Selbstbeteiligung sind doch kein Anreiz zum Sparen, und niemand wird wegen diesen 10 Franken das Spital einen Tag früher verlassen.

Auch die Krankenkassen warnen vor einem Systemwechsel bei der Erhebung des Selbstbehaltes, weil dies einen erheblichen Verwaltungsaufwand bedeutet. Wir haben mit dem letztjährigen Bundesbeschluss die Verwaltungskosten der Krankenkassen plafoniert; bürden wir ihnen mit diesem Artikel 3 doch nicht wieder einen erheblichen Mehraufwand an Verwaltungsarbeit auf!

Der Höchstbetrag des jährlichen Selbstbehaltes von heute 750 Franken ist auf 500 Franken reduziert worden. Ich würde das eigentlich begrüßen, weil der Selbstbehalt der Versicher-

ten in der Schweiz im Vergleich zu den anderen Ländern sehr hoch ist. Wir haben in der Schweiz die weltweit höchste Selbstzahlungsquote. Im Durchschnitt liegen wir bei 24 Prozent Selbstzahlungsquote, während diese in den EG-Ländern bei nur durchschnittlich 16 Prozent liegt.

Die grüne Fraktion empfiehlt Ihnen deshalb Ablehnung des ganzen Artikels 3, weil er unter dem Strich keine Kosteneinsparungen bringen wird.

Sieber: Die LdU/EVP-Fraktion empfiehlt Ihnen Streichung dieses Artikels 3, und zwar aus folgenden Gründen: Solange die Krankenkassen bei der Spitex-Betreuung nur ungenügende Vergütungen gewähren, ist es ein Widerspruch, die Kostenbeteiligung im Spital zu diskutieren. Denken wir an all die pflegebedürftigen Leute: Diesen bezahlt die Krankenversicherung, im Gegensatz zur Unfallversicherung, nicht einmal die Haushilf. Von dieser asozialen Massnahme eines Selbstbehaltes sind vor allem Rentner betroffen; sie liegen weitaus am häufigsten in Spitälern.

Der Selbstbehalt ist keine Kostendämpfungsmassnahme, sondern unter heutigen Verhältnissen schlicht eine Attacke auf das Portemonnaie von Betagten und Hochbetagten. Ein Selbstbehalt im Spital wäre erst dann zu diskutieren, wenn via revidiertes KVG gleichwertige Betreuung zu Hause gewährleistet und angemessen bezahlt würde.

M. Deiss: Tout d'abord quelques remarques quant au fond de la question de la participation des assurés et des patients, en particulier, aux frais ambulatoires et hospitaliers. Il est vrai qu'il existe actuellement une disparité. Le patient paie dans le cas de traitement ambulatoire, il est libéré dans le cas d'une hospitalisation. Cette disparité induit effectivement une mauvaise utilisation des ressources et il est entendu que la révision de la loi devra éliminer cette divergence. Il est vrai aussi que les assurés sont responsables en partie de la surconsommation. Mais il ne faudrait pas les accabler seuls, ni de prime abord. Je dirai à M. Pidoux que, finalement, c'est quand même le médecin qui décide du traitement, qui décide de l'hospitalisation. On ne va pas affirmer que les médecins décident délibérément de prodiguer des soins dont les patients n'auraient pas besoin.

Mais, tout compte fait, il est juste de placer les incitations dans le bon sens, c'est-à-dire de faire en sorte que les patients aient intérêt à se comporter de manière parcimonieuse, eux aussi. Avant de faire supporter des charges nouvelles aux assurés, il faut aussi constater, cela est vrai, que tous les patients ne sont pas dans la même situation et ne sont pas tous à même de supporter ces charges nouvelles. Je pense notamment à tous les rentiers qui ont déjà suffisamment de peine à payer, à l'heure actuelle, leurs cotisations à l'assurance-maladie. Pour ces personnes, une charge supplémentaire serait tout simplement insupportable. Or, il faut rappeler que le projet de révision de la loi, qui prévoit d'éliminer ces divergences ou de faire supporter davantage aux patients, prévoit aussi, aux articles 57 et 58, des mesures d'accompagnement au niveau des subventions, puisqu'il s'agit de diriger ces subventions davantage vers les personnes qui en ont vraiment besoin. A ce moment-là, en procédant aux deux mesures en même temps, on pourra d'une part charger davantage les bénéficiaires des soins, mais soulager aussi ceux qui ne seraient pas à même de faire face à cette nouvelle difficulté.

On plaide pour cette mesure, parce que l'on veut économiser. Il ne faut pas non plus en exagérer la portée. Certains arguments avancés en faveur de l'efficacité de ces mesures ne sont tout simplement pas soutenables. Lorsqu'on nous parle de constructions des hôpitaux, vous n'allez pas nous faire croire que c'est cette franchise qui va finalement faire qu'on construira moins d'hôpitaux? Le problème est que les lits, une fois qu'ils existent, coûtent de toutes façons et sont utilisés, parce que, du point de vue de la gestion d'une entreprise, il est intéressant d'utiliser les capacités existantes. Si donc vous avez le sentiment que surcapacités il y a, il faut bien sûr agir au niveau des investissements et non pas au niveau de l'exploitation des hôpitaux. Lorsqu'on nous parle d'établissements ou d'hôtels à six étoiles, il convient de rappeler aussi qu'il est ici

question non pas des assurances complémentaires, mais de l'assurance de base.

Enfin, un autre élément nous rend perplexes: à l'heure actuelle, dans plusieurs cantons romands en tous cas – je n'ai pas fait l'examen de toutes les situations cantonales – les parlements ont décidé aussi de charger les patients de nouvelles franchises. Alors, tout de même, prenons garde à ne pas arriver de toutes parts avec des augmentations qui, au bout du compte, seraient cumulatives.

Pour toutes ces raisons, selon le groupe démocrate-chrétien, il est très discutable de procéder à l'heure actuelle à ces mesures de charges supplémentaires des patients. Il est en tous cas exclu d'aller jusqu'à 20 francs, comme certains le souhaiteraient. Une autre raison fait que le groupe démocrate-chrétien, dans l'immédiat, s'opposera à toute nouvelle charge pour les patients et suivra par conséquent la majorité de la commission. En effet, nous voulons d'abord savoir ce que le Conseil des Etats va décider quant à l'article premier. Et ce n'est qu'à partir du moment où nous connaissons ce résultat que nous serons éventuellement disposés à entrer en matière sur une question de nouvelle franchise.

On. Maspoll: Le misure urgenti dovrebbero limitarsi al minimo indispensabile per permettere di raggiungere il loro scopo. Ora, quale è lo scopo di questo pacchetto che il Consiglio federale ci propone? Lo scopo è uno solo, è quello di evitare costi supplementari ai pazienti, agli assicurati. Questo almeno è quello che propongono gli articoli 1 e 2 di questo decreto urgente.

Ora, l'articolo 3, quasi ci si fosse pentiti di aver concesso qualcosa all'assicurato, cerca di riprendere parte di quei benefici che abbiamo concesso. Questo articolo 3 è assai pericoloso, perché il passo tra nulla e 10 franchi è un passo molto grosso. Fra un paio d'anni il passo da 10 franchi a 20 e poi a 25 e a 30 franchi sarà molto piccolo proprio perché, dovessimo accettare questo articolo, noi sanciremmo un principio – mi si conceda il termine – iniquo, cioè di punire chi è ammalato.

In pratica cosa dice questo articolo 3? Dice: tu sei ammalato, dunque devi andare all'ospedale, dunque paga 10 franchi al giorno oggi che domani potrebbero essere ben di più di 10.

Può darsi che nell'ambito della nuova legge sull'assicurazione malattia si possa prendere in considerazione anche una misura di questo genere che noi, però, nella frazione dei Democratici svizzeri/Lega dei Ticinesi vediamo differenziata e vediamo fatta partendo da altri presupposti che non quello dell'indiscriminato pagamento di 10 franchi al giorno per tutti.

Può darsi, dicevo, che questa possibilità un domani possa portare dei benefici. Sarebbe comunque sbagliato però sancire oggi un principio del genere, quando si tratta proprio di proteggere l'assicurato, e non già di caricarlo di nuova legna verde, di nuove spese.

Chi di noi va volentieri all'ospedale? Io credo che nessuna cittadina e nessun cittadino di questo Paese fa i salti di gioia quando qualcuno gli dice: tu devi andare all'ospedale. E dunque io non credo che ci sia gente che approfitta di questa possibilità perché all'ospedale sta meglio che a casa sua. Semmai gli abusi avvengono, sì, avvengono nel campo della medicina ambulatoriale. Ed ecco perché bisognerebbe controllare meglio ciò che avviene in questo settore. E ancora una volta – e non mi se ne voglia – la colpa di questa mancanza di controlli è da attribuire, guarda caso – alle casse ammalati; casse ammalati che sembra abbiano tutto l'interesse di mandare la gente all'ospedale invece di favorire la medicina ambulatoriale; casse ammalati che demonizzano i medici, qualora i loro fogli di malattia superano una determinata cifra, e casse ammalati che non vogliono capire che ad esempio una polmonite curata a casa con tutti i medicinali e con tutte le cure del caso costa incommensurabilmente meno della stessa polmonite curata all'ospedale.

Dunque è vero che in questi settori – sia medicina ambulatoriale, sia medicina ospedaliera – ci sono diverse cose da mettere a posto, ci sono controlli più severi da effettuare, ma è altresì esatto e sacrosanto che non si deve e non si può, e sarebbe sbagliatissimo farlo: penalizzare l'assicurato, penalizzare l'ammalato.

Ecco perché la frazione dei Democratici svizzeri/Lega dei Ticinesi voterà per la maggioranza, cioè per togliere questo articolo dal decreto.

Rychen: Zum Thema der Kostenbeteiligung möchten wir von der SVP-Fraktion aus jetzt schon ankündigen, dass wir bei der Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes ganz sicher für eine Kostenbeteiligung eintreten werden. Die höhere Mitverantwortung des Patienten, des Versicherten, ist als Grundprinzip richtig.

Bei uns ist allerdings die Diskussion darüber offen, ob es sinnvoll ist, mit Sofortmassnahmen eine solche grundsätzliche Frage aufzuwerfen oder gar eine solche neue Art von Kostenbeteiligung einzuführen. Bei uns gingen die Meinungen über die Frage, wie weit das sinnvoll ist, etwas auseinander. Persönlich glaube ich, dass dies heute nicht angebracht ist, weil der Rat ja in Artikel 1 aus politischen Gründen nicht wollte, dass die Leistungserbringer auch wesentlich zur Kostendämpfung beitragen müssen. So ist für mich das Gleichgewicht nicht mehr gegeben.

Ich möchte noch auf ein Kriterium hinweisen, das nicht entscheidend ist, aber in der Debatte trotzdem erwähnt werden soll: Eine Kostenbeteiligung von 10 Franken pro Spitaltag wird bei den Krankenkassen – gemäss den Ausführungen der Praktiker – zur Erarbeitung neuer, zusätzlicher EDV-Programme führen. Es sind also administrativ recht schwierige Aufwendungen zu bewältigen. Dies darf auch nicht unterschätzt werden, wenn man bedenkt, in welcher Zeit diese Art von Beteiligung eingeführt werden soll.

Persönlich empfehle ich Ihnen – weil das Gleichgewicht in diesem Massnahmenpaket nicht mehr gegeben ist –, hier auf eine Kostenbeteiligung zu verzichten. Später, bei der Totalrevision, wird das unumgänglich sein.

Frau Dormann, Berichterstatterin: Artikel 3, den der Ständerat in den Beschluss eingebaut hat, war der umstrittenste Artikel in unserer Kommission. Der Ständerat geht davon aus, dass mit der Kostenbeteiligung des Patienten im Spital, wie sie Artikel 3 vorsieht, nicht nur Symptombekämpfung betrieben wird, sondern dass damit ganz klar die Ursachen der Kostenexplosion im Gesundheitswesen erfasst werden.

Im geltenden Krankenversicherungsgesetz kennt die stationäre Behandlung – im Unterschied zur ambulanten Behandlung – keinen Selbstbehalt. Daraus ziehen der Ständerat und die Minderheiten unserer Kommission den Schluss, dass zu viele Patienten die stationäre Behandlung der ambulanten Behandlung vorziehen, da sie kostenfrei ist. Der Ständerat erkennt, dass nicht der Patient den Spitaleintritt wählt, sondern in der Regel doch der behandelnde Arzt dem Patienten zum Spitalaufenthalt rät oder ihn dort einweist.

Mit der Einführung des Selbstbehaltes wollen der Ständerat und die Minderheit II (Heberlein) einen Ausgleich schaffen zwischen der stationären und der ambulanten Behandlung. Mit der Einführung eines Beitrages von 10 Franken pro Aufenthaltstag anstelle des Selbstbehaltes erhoffen sich der Ständerat und die Minderheit II eine Verkürzung der generellen Aufenthaltsdauer in den Spitälern und dadurch eine wesentliche Kosteneinsparung.

An die Wirkung dieser Spritzenkur glaubt die Mehrheit unserer Kommission nicht oder zuwenig. Zum einen liegt die Verantwortung zur wahlweisen Behandlung der Krankheit – stationär oder ambulant – nicht beim Patienten, sondern beim Arzt. Zum anderen bestimmt nicht der Patient die Dauer seines Aufenthaltes im Spital, sondern der Arzt. Dieser legt die Dauer des Aufenthaltes gemäss dem Heilungsprozess fest und kaum aufgrund des Selbstbehaltes von 10 Franken pro Tag. Jeder Arzt wird beim Patienten die Angst vor den zu übernehmenden 10 Franken Taggeld mit der Begründung beseitigen, dass man auch zu Hause 10 Franken für die Verpflegung ausgeben müsse.

Die befristeten Massnahmen, die wir jetzt diskutieren, sind gedacht gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung. Was aber der Ständerat und die Minderheit II wollen, ist eine Kostenverlagerung. Wenn Frau Heberlein versucht, uns weiszumachen, dass bei einer Teilübernahme der Spital-

kosten durch die Patienten die Ausgaben der Krankenkassen kleiner werden und folglich die Prämien gesenkt werden können, täuscht sie sich insofern, als in Artikel 3 Absatz 2 der Höchstbetrag des dem Patienten zumutbaren Selbstbehaltes pro Jahr im ambulanten und stationären Bereich auf 500 Franken limitiert wird. Dies bedeutet, dass mit diesem Beschluss, falls er so angenommen würde, der Selbstbehalt, den das Gesetz jetzt bereits im ambulanten Behandlungsbereich kennt, von heute jährlich 750 Franken auf 500 Franken herabgesetzt würde. Im heutigen Zeitpunkt nehmen die Krankenkassen durch den zehnprozentigen Selbstbehalt der Patienten im ambulanten Behandlungsbereich jährlich rund 300 bis 400 Millionen Franken ein, dies bei einem jährlichen Höchstbetrag von 750 Franken Selbstbehalt. Würde dieser auf 500 Franken herabgesetzt, ergäbe dies rund 100 Millionen Franken Mehrkosten für die Krankenkassen.

Sie sehen daraus ganz klar, dass der Selbstbehalt, wie er in Artikel 3 durch den Ständerat und die Minderheit II verlangt wird, mehr eine Kostenverlagerung zu Lasten der Patienten und Versicherten wäre und keine oder nur eine minimale Kostenersparung bringen würde.

Die Minderheit III (Borer Roland) versucht mittels Eventualantrag, dieses Problem besser in den Griff zu bekommen. Herr Borer verlangt einen Beitrag von 20 Franken pro Aufenthaltstag des Patienten im Spital, falls der Antrag der Minderheit II von Frau Heberlein abgelehnt wird.

Dieser Antrag fand in der Kommission in einer Eventualabstimmung nur sechs unterstützende Stimmen. Das Problem liegt vor allem bei den minderbemittelten Versicherten, die einen Selbstbehalt in diesem Umfang gar nicht übernehmen könnten. In der Totalrevision wird diesem Problem Rechnung getragen, indem ein Betrag sichergestellt wird zur Uebernahme von Selbstbehalten für Leute, die finanziell schlechtgestellt sind. Deshalb ist der Eventualantrag der Minderheit III wenig durchdacht und ohne den Einbezug der Konsequenzen für die Patienten formuliert worden.

Es muss auch mit Recht die Frage gestellt werden, wie die Spitäler und mit ihnen die Kantone reagieren und damit umgehen würden, wenn plötzlich die Bettenbelegung so markant zurückgehen würde, wie dies vom Ständerat und von der Minderheit II erwartet wird. Solange wir in der Schweiz angeblich eine Ueberkapazität von rund 18 000 Spitalbetten haben, kann nicht in einem auf zwei Jahre befristeten Bundesbeschluss eine Massnahme getroffen werden, die plötzlich halbleere Spitäler zur Folge hätte; denn auch dieses Phänomen wäre eine reine Kostenverlagerung, diesmal auf Kosten der Steuerzahler.

Die erwähnten Ausführungen machen deutlich, dass das Problem der ungleichen Belastung von ambulanten und stationären Behandlungen nicht mit einer oberflächlichen Kur behandelt werden kann; hier bedarf es einer vertieften Wurzelbehandlung. Diese ist in der Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes vorgesehen.

Deshalb beantragt die Kommission mit 16 zu 7 Stimmen die Streichung des ganzen Artikels 3. Ich bitte Sie also im Namen der Kommissionsmehrheit, das gleiche zu tun.

Begrüssung – Bienvenue

Präsident: Ich habe die Ehre, auf der Tribüne eine Delegation des ukrainischen Parlamentes unter der Leitung von Herrn Iwan Stepanowitsch Pijusch, Präsident der Rado, also des Parlamentes, zu begrüßen. Die Delegation setzt sich aus fünf Abgeordneten zusammen. Nach der Unabhängigkeit der ukrainischen Republik, die am 1. Dezember 1990 beschlossen wurde, und nach dem Uebergang zur Marktwirtschaft drängt es sich auf, Kontakte auf parlamentarischer Ebene zu knüpfen und einem Volk, dessen Geschichte oft einen tragischen Verlauf genommen hat, unsere Solidarität zu bekunden. Ich heisse unsere ukrainischen Kollegen ganz herzlich willkommen. (Beifall)

M. Philpona, rapporteur: En ce qui concerne la participation aux coûts hospitaliers, la situation actuelle est la suivante: c'est la gratuité totale de l'hospitalisation, alors qu'il y a une participation aux frais hors de l'hôpital. Il ne faut pas oublier que les coûts de la santé sont aussi causés par une longue hospitalisation.

La proposition de la minorité I vise à diminuer le séjour à l'hôpital. Nous savons que la diminution d'un seul jour pour chaque patient ferait économiser 200 millions de francs. C'est en comptant sur cet effet dissuasif que le Conseil des Etats et la minorité de votre commission ont proposé une participation de 10 francs par jour.

La majorité de la commission, quant à elle, ne croit pas à ces effets et, en outre, elle ne veut pas charger davantage les assurés, le but de la loi étant au contraire de les décharger. D'autre part, elle estime qu'il ne s'agirait que d'un déplacement des coûts: cela reviendrait à demander une participation supplémentaire aux assurés par le biais de cette contribution. Or, le but de l'arrêté est de diminuer la charge pour les malades, et la majorité de la commission s'en tient à cela.

En tant que Fribourgeois, j'ai été interpellé par M. Pidoux. C'est très volontiers que je vous cite la justification du Conseil d'Etat fribourgeois à une demande d'augmentation des coûts. Je vous rappelle cependant que le Conseil d'Etat fribourgeois est formé de trois PDC et de trois socialistes, dont le ministre des finances et le ministre de la santé. Voilà ce que propose le Conseil d'Etat fribourgeois: «Dans tous les secteurs médicaux hospitaliers, les malades ou les pensionnaires sont appelés à contribuer aux coûts de traitement ou d'accueil qu'ils provoquent. Ainsi en va-t-il des frais d'accueil et de soins dans les homes pour personnes âgées, des frais de soins et d'aide familiale à domicile, des frais de soins médicaux ambulatoires, des frais de soins dentaires scolaires, etc. Ces contributions découlent des lois fédérales ou cantonales. Le secteur hospitalier en division commune échappe toutefois à cette règle. La différence entre les dépenses nettes et le forfait des caisses-maladie est couvert par les subventions des collectivités publiques et par des recettes diverses des hôpitaux. Ainsi, une contribution financière des patients en division commune apparaît à l'évidence comme justifiée.» C'est presque exactement le contraire de ce que viennent de dire ici MM. Jöri et Deiss, au nom des groupes précités.

Par 16 voix contre 7, votre commission vous invite à suivre la majorité, c'est-à-dire à biffer cet article, et à rejeter la proposition de la minorité II ainsi que la proposition subsidiaire de la minorité III.

M. Deiss: Je voudrais simplement apporter une rectification quant aux propos tenus par un représentant du parti qui a disparu du gouvernement fribourgeois. Cette franchise qui va être introduite dans le canton de Fribourg ne l'a pas été dans le contexte d'un programme touchant à la santé publique, mais bien dans le cadre d'un programme d'économies visant à rétablir l'équilibre des finances cantonales. Ce que j'ai voulu souligner tout à l'heure, c'est qu'il est impossible que Confédération et cantons se mettent, dans le désordre, à augmenter ces franchises.

Bundesrat Cotti: Die Frage, die sich stellt, haben die Herren Rychen und Maspoli sehr genau umrissen. Es geht darum, ob wir jetzt eine Kostenbeteiligung irgendwelcher Art im Spitalwesen vorziehen müssen – mit einer zusätzlichen Belastung dieses kurzfristigen Bundesbeschlusses.

Bevor ich auf diese Frage Antwort gebe, möchte ich Sie doch bitten, mit mir ein paar Ueberlegungen über die Funktion und die Rolle des Patienten im ganzen gesundheitspolitischen Prozess zu machen. Es besteht kein Zweifel, dass auch der Patient im Sinne der oft erwähnten Opfersymmetrie mitbeteiligt werden muss. Ich habe aber aus Ihren Worten, Herr Roland Borer, und aus anderen Feststellungen beinahe die Schlussfolgerung ziehen müssen, dass der Patient der Hauptverantwortliche in der ganzen Entwicklung der Gesundheitskosten sei. Ich muss Sie daran erinnern, dass der Patient, auch wenn er in irgendeiner Weise in die Opfersymmetrie einbezogen werden muss, doch eine absolut

untergeordnete Rolle spielt. Es wurde verschiedentlich gesagt – auch von Herrn Deiss –, dass der Patient erstens sicher nicht freiwillig Patient ist und dass er zweitens von diesem System abhängig ist.

Deshalb sind die Bemerkungen von gestern richtig, dass die freie Marktwirtschaft nur teilweise spielen kann. Der Patient ist oft voll und ganz den Leistungserbringern verschiedenster Natur ausgeliefert. Hier den Patienten gleichsam als Hauptverantwortlichen zu bezeichnen, geht an der Realität vorbei und ist auch sozial absolut nicht vertretbar. Das möchte ich besonders bei der Spiteinweisung betonen, denn ich glaube nicht, dass sehr viele Schweizerinnen und Schweizer aus eigener Initiative ins Spital gehen. Ohne die direkte Weisung ihres Arztes oder Verantwortlichen für ihre Gesundheit werden sie kaum eintreten. Ich glaube auch nicht, dass die Patienten gerne auch nur einen Tag mehr als nötig im Spital bleiben. Sie können aber nicht selber entscheiden, ob sie im Spital bleiben müssen oder nicht. Es gibt andere, die hier die letzten Entscheide zu treffen haben. Deshalb möchte ich bitten, die Rolle der Patienten auf ihre tatsächliche Bedeutung zurückzuschrauben und den Patienten keine Verantwortung anzulasten, die sie gar nicht haben.

Ich muss noch hinzufügen, dass in der Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes auch der Bundesrat diese Kostenbeteiligung vorgesehen hat. Wir bestreiten nicht, dass die Opfersymmetrie in der Totalrevision eingeführt werden muss. Aber sie hier einzuführen, wäre eine grosse soziale Ungerechtigkeit. Vergessen Sie nicht, dass der Bundesrat bei der Totalrevision für die Prämienreduzierung eine zusätzliche Zuweisung von 700 Millionen Franken an die Patienten vorgesehen hat. Das würde das Gleichgewicht und die Opfersymmetrie herstellen. Vergessen Sie nicht, dass im nächsten Jahr der an sich durchaus willkommene, von Ihnen beschlossene Lastenausgleich für viele Patienten so oder so Prämien erhöhungen vorsehen wird. Vergessen Sie nicht, dass in den letzten Jahren die Patienten die Hauptträger der Kostenentwicklung waren. Jetzt eine solche Massnahme vorzuziehen, liesse sich unter dem sozialen Gesichtspunkt in keiner Weise rechtfertigen. Aber ich betone noch einmal: Bei der Totalrevision – dort, wo das Gleichgewicht in der grossen Frage hergestellt wird – ist das Prinzip vom Bundesrat in keiner Weise bestritten.

Ein kurzes Schlusswort: 10 Franken pro Tag wäre der Selbstbehalt. Glauben Sie im Ernst, dass dies im nächsten Jahr auch nur einen Tag Spitalaufenthalt weniger zur Folge haben würde? Das ist eine Kostenverlagerung zu Lasten der Patienten, die sich nicht rechtfertigen lässt. Warten wir auf die Totalrevision; dort wird das Problem geregelt, und zwar im grossen, richtigen Rahmen.

Präsident: Der Antrag der Minderheit I (Heberlein) entfällt gemäss Ihrem Entscheid zu Artikel 2a.

Abstimmung – Vote

Namentliche Eventualabstimmung
Vote préliminaire, par appel nominal

Für den Antrag der Mehrheit stimmen die folgenden Ratsmitglieder:

Votent pour la proposition de la majorité:

Aguet, Bär, Baumann, Bäumlin, Béguélin, Bircher Peter, Bircher Silvio, Bischof, Bodenmann, Borel François, Borradori, Bortoluzzi, Brügger Cyril, Brunner Christiane, Bühler Simeon, Bühlmann, Bundi, Bürgi, Carobbio, Comby, Cotti, Daupp, Danuser, Darbellay, de Dardel, David, Deiss, Diener, Dormann, Dünki, Eggenberger, Engler, Etique, Fankhauser, Fasel, von Felten, Fischer-Sursee, Gardiol, Gobet, Goll, Gonseth, Grendelmeier, Gross Andreas, Grossenbacher, Haering Binder, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Haller, Hämmerle, Herczog, Hess Otto, Hess Peter, Hildbrand, Hollenstein, Hubacher, Iten Joseph, Jaeger, Jäggi Paul, Jeanprêtre, Jöri, Keller Anton, Keller Rudolf, Ledergerber, Leemann, Leu Josef, Leuenberger Ernst, Maeder, Marti Werner, Maspoli, Mauch Ursula, Meier Hans, Meyer Theo, Misteli, Oehler, Raggenbass, Rebeaud, Rechsteiner, Reimann Maximilian, Ruckstuhl, Ruf, Rychen,

Scherrer Werner, Schmid Peter, Schmidhalter, Schmied Walter, Schnider, Schwab, Seiler Rolf, Sieber, Spielmann, Stalder, Stamm Judith, Steffen, Steiger, Strahm Rudolf, Thür, Tschäpät Alexander, Vollmer, Weder Hansjürg, Wick, Wiederkehr, Ziegler Jean, Zölich, Züger, Zwahlen, Zwygart (106)

Für den Antrag der Minderheit II stimmen die folgenden Ratsmitglieder:

Votent pour la proposition de la minorité II:

Allenspach, Aregger, Aubry, Baumberger, Bezzola, Binder, Blatter, Bonny, Borer Roland, Bühler Gerold, Camponovo, Cavadini Adriano, Chevallaz, Cincera, Couchepin, Dettling, Dreher, Eggly, Epiney, Eymann Christoph, Fehr, Fischer-Hägglingen, Fischer-Seengen, Frey Walter, Fritschi Oscar, Früh, Giezendanner, Giger, Gros Jean-Michel, Guinand, Gysin, Hari, Heberlein, Hegetschweiler, Jenni Peter, Kern, Kühne, Leuba, Loeb François, Maurer, Meier Samuel, Miesch, Moser, Müller, Narbel, Neuenschwander, Perey, Philipona, Pidoux, Poncet, Rohrbasser, Rutishauser, Scheidegger, Scherrer Jürg, Scheurer Rémy, Segmüller, Seiler Hanspeter, Spoerry, Stamm Luzi, Steinegger, Steinemann, Stucky, Suter, Tschuppert Karl, Vetterli, Wittenwiler, Wyss (67)

Der Stimme enthalten sich – S'abstiennent:

Ducret, Duvoisin, Marnie, Mauch Rolf, Nabholz, Tschopp, Wanner (7)

Abwesend sind die folgenden Ratsmitglieder – Sont absents:

Berger, Blocher, Caccia, Caspar-Hutter, Columberg, Frey Claude, Friderici Charles, Leuenberger Moritz, Luder, Maitre, Matthey, Mühlemann, Pini, Robert, Ruffy, Sandoz, Savary, Theubet, Zisyadis (19)

Präsident Nebiker stimmt nicht

M. Nebiker, président, ne vote pas

Definitiv – Définitivement

Für den Antrag der Mehrheit	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag der Minderheit III	Minderheit

Art. 5

Antrag der Kommission

Mehrheit

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2

Das Departement gestattet einer

Minderheit

(Rychen, Bortoluzzi, Daupp)

Streichen

Art. 5

Proposition de la commission

Majorité

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2

Le département autorise

Minorité

(Rychen, Bortoluzzi, Daupp)

Biffer

Art. 6

Antrag der Kommission

Mehrheit

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2

.... Mitgliederbeitrag berücksichtigt. Verpflichtet ein Kanton während der Geltungsdauer dieses Beschlusses die Krankenkassen zur Einführung eines einheitlichen Mitgliederbeitrages für Erwachsene, ist der Höchstbetrag entsprechend höher anzusetzen.

Abs. 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Minderheit

(Bortoluzzi, Daëpp, Rychen)

Streichen

Art. 6

Proposition de la commission

Majorité

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2

.... prise en considération. Lorsqu'un canton, pendant la durée de validité de cet arrêté, charge les caisses d'introduire une cotisation unique pour les adultes, le montant maximum est augmenté en conséquence.

Al. 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité

(Bortoluzzi, Daëpp, Rychen)

Biffer

Rychen, Sprecher der Minderheit: Bei Artikel 5 geht es um eine Prämienplafonierung. Ich beantrage Ihnen, auf diese zu verzichten. Warum?

Die Prämienplafonierung, das Einfrieren auf einer bestimmten Höhe, bringt nichts – es werden nur die Probleme verschoben. Die Kosten stauen sich an, ob wir das wollen oder nicht. Wenn Sie eine Versicherung dazu zwingen, die Kosten nicht zu überwälzen, kommen die Prämienhöhungen später um so massiver; man muss dies den Versicherten ganz klar sagen. Denn wenn man die Prämien nicht den entstehenden Kosten entsprechend anpassen kann, dann ist das etwa dasselbe, wie wenn ich bei meinem Haus im Sommer den Gartenschlauch montiere und voll aufdrehe – das sind die Kosten –: Wenn das Wasser kommt und ich den Hahn wieder zudrehe, platzt der Schlauch irgendeinmal. Das ist keine Politik, die Sinn macht. Wenn wir den Leuten erzählen: Wir haben jetzt die Prämien eingefroren, wir haben sie gestoppt; seid froh, Frauen und Männer, jetzt werden dann die Kassenprämien nicht mehr so stark steigen! – dann ist das einfach nicht korrekt. Denn wer sich in diesem Saal mit diesen Fragen ernsthaft auseinandersetzt, weiss – ich habe in dieser Debatte schon einige Zahlen genannt, ich wiederhole sie nicht –, dass die Kosten steigen werden, und zwar stärker als mit der Plafonierung vorgesehen. Das führt zu einem gravierenden Problem, nämlich dazu, dass die Krankenkassen gezwungen sind, noch mehr von ihren Reserven zu brauchen, ihre Reserven anzuzapfen. Wir haben zwar vom Bundesamt für Sozialversicherung ein Papier bekommen, wonach dieses Problem nicht so gravierend sei, aber die Auskünfte der Krankenkassen lauten anders. Bei vielen Kassen sind nämlich diese Reserven inzwischen bereits unter das gesetzlich vorgeschriebene Minimum von 20 Prozent gesunken. Nach Schätzungen des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen gehören heute rund 80 Prozent aller Versicherten in der Schweiz Kassen an, deren Reserven neuerdings unter dem vorgeschriebenen Minimum liegen. Ich finde, wir sollten als Behörde nicht einen Prozess fördern, der dem Gesetz respektive der entsprechenden Verordnung zuwiderläuft. Wir gefährden damit die Sicherheit der Krankenkassen und auch sehr viele Versicherte. Bei einer zusätzlich erzwungenen Fusion – Fusionen an und für sich sind nichts Schlechtes, sie finden in einem normalen Konzentrationsprozess statt – geht dies in der Regel zu Lasten der bei der schwächeren Kasse Versicherten. Das hat dann massivste Prämienhöhungen zur Folge.

Auch wenn Sie meinen Antrag ablehnen: Es war mir ein wirkliches Bedürfnis, zumindest auf diese Gefahren hinzuweisen. Wir haben schon im letzten Dezember solche Beschlüsse gefasst. Die Konsequenzen haben wir gesehen: Die Kosten sind trotzdem massiv gestiegen – weit stärker als der Teuerungsindex. Es ist uns nicht gelungen, mit dem Prämienstopp auch nur ein einziges Problem zu lösen, höchstens kann man sa-

gen: Alle haben bei der Prämiensteigerung nicht noch grössere Steigerungen in Kauf nehmen müssen – aber das alles geht zu Lasten der Zukunft. Irgendeinmal werden wir diese Kosten zu bezahlen haben.

Damit habe ich auch gleich den Minderheitsantrag Bortoluzzi auf Streichung von Artikel 6 begründet; die beiden Artikel 5 und 6 gehören zusammen.

Wir bitten Sie also, mit dieser unwirklichen Politik aufzuhören, die die Tatsachen verschweigen will. Der Prämienstopp bringt nichts!

Frau Heberlein: Wir haben jetzt Herrn Rychen als Sprecher der Minderheit gehört. Seine Begründung hat einmal mehr aufgezeigt, wie sinnlos diese Massnahmen sind, die wir hier beschliessen. Die einen sind gegen einen Preis- und Tarifstopp, die anderen sind gegen einen Stopp der Prämien – und alle mit derselben Begründung, nämlich der letztjährige Parlamentsbeschluss habe keine Auswirkungen auf die Kostendämpfung gehabt. Wir müssten, wenn wir glaubhaft bleiben würden, aber sämtliche Beteiligten im Gesundheitswesen miteinbeziehen.

Hier ist vielleicht der vom Ständerat jetzt verabschiedete Beschluss doch noch etwas tragbarer als der vom Bundesrat vorgeschlagene. Allerdings hat der Risikoausgleich unterschiedliche Kostenfolgen für sämtliche Krankenkassen; sie sind den Kassen noch nicht bekannt. Die Einführung der Prämienleichheit – das sei hier klargestellt – gilt nur für die allgemein versicherten Patienten; wir legiferieren nicht über Zusatzversicherungen. Diese Prämienleichheit hat ihre Auswirkungen auf die finanzielle Situation der Kassen. Wir beschneiden deren Finanzautonomie. Wenn es auch noch nicht ganz zu «Bundesamtsprämien» kommt, so machen wir mit unseren Beschlüssen doch wiederum einen grossen Schritt in Richtung staatliche Krankenkasse, ob wir dies wollen oder nicht: Wir setzen politische Prämien fest; wir bestimmen, wieviel der Patient bezahlen muss und welchen Anteil der Steuerzahler als Subvention übernehmen soll. Das ist ein politischer Entscheid. Die Krankenkassen aber müssen wirtschaftlich denken und entscheiden, und wir müssen die Subventionen in einem politischen Entscheid festsetzen. Auch hier machen wir wiederum einen Schritt in die falsche Richtung.

Die gezielten Beiträge des Bundes an die Prämienverbilligung für tiefere Einkommen sind der richtige Weg. Ich meine, dass auch die Kantone bald ihren Anteil an diese Prämienverbilligung werden leisten müssen.

Mit einem Prämienrückstau laufen wir einmal mehr Gefahr – davon bin ich überzeugt, Herr Bundesrat –, dass wir die KVG-Revision gefährden. In allen Bereichen schaffen wir einen Rückstau; irgendwann muss er aufgelöst werden. Wir können bei Inkraftsetzung der KVG-Revision nicht einfach hier weiterfahren, wo wir jetzt sind, sondern wir haben dannzumal einen Nachholbedarf.

Die vorgeschlagene Berechnungsart, wie sie in Artikel 6 vorgesehen ist, ist äusserst kompliziert. Auch hier werden die Kantone wiederum ganz unterschiedlich belastet. Dies sei nur am Rande vermerkt. Der Verwaltungs- und Instruktionsaufwand für die Kassen trägt sicher nicht zur Eindämmung ihrer Verwaltungskosten bei. Ob wir in der Kommission mit der Einfügung des Antrages von Frau Brunner Christiane allen kantonalen Spezialitäten Rechnung getragen haben, ist auch nicht so sicher. Einmal mehr: Die Gesetzgebung in diesem Bereich ist äusserst fragwürdig und für mich unseriös. Doch wenn Sie diesen Beschluss wollen, müssten Sie konsequenterweise auch den Artikeln 5 und 6 zustimmen.

Frau Daëpp: Die SVP-Fraktion bezweifelt die Griffigkeit von Artikel 5. Deshalb möchten wir unseren Kollegen recht geben. Beispiele und Resultate aus der Vergangenheit zeigen klar auf, dass eine Limitierung der Prämiensteigerung nichts bringt. Wir sehen als Massnahme einzig ein Einfrieren der Tarife. Wir sind der Meinung, dass wir nur auf diese Weise eine Kostensteigerung verhindern können. Würden die Prämien steigen, so würden mit höchster Wahrscheinlichkeit auch die Wünsche der Versicherten steigen. Ausgerechnet diese Spirale möchten wir verhindern.

Zudem stehen Krankenkassen zum Teil unmittelbar vor dem Konkurs. Zu Konkursen dürfte es aber nicht kommen; solche Situationen würden wieder auf dem Rücken der Versicherten ausgetragen.

Deshalb empfiehlt Ihnen die Mehrheit der SVP-Fraktion Streichung des Artikels 5.

M. Deiss: Le groupe démocrate-chrétien vous demande de vous opposer à la minorité qui souhaite biffer cet article. Il est vrai, Monsieur Rychen, et vous le savez très bien, que les caisses sont en difficulté, mais pas toutes; elles ne sont pas non plus toutes innocentes.

La première difficulté pour les caisses – je m'écarte un peu du sujet, mais le problème est important – c'est de savoir à quoi s'en tenir. Il serait important que nous terminions les délibérations autour de cet arrêté durant cette session encore, pour que les primes 1993 et le travail des caisses pour la nouvelle année puissent être organisés. Il n'est pas soutenable de reprocher aux caisses d'être mal gérées et d'attendre chaque année le mois de décembre pour modifier ou brouiller leurs cartes. D'ailleurs, pour cette année, divers recours n'ont pas encore été traités et il serait intéressant de savoir, Monsieur le conseiller fédéral, quand les décisions seront prises sur les questions encore pendantes.

Deuxièmement, il est tout à fait nécessaire de placer, ici aussi, des incitations. La limitation des primes peut effectivement, dans une certaine mesure, inciter les caisses à intensifier les contrôles, à limiter leurs indemnités ou à ne pas dépenser beaucoup d'argent pour recruter de nouveaux assurés. L'argument de M. Rychen se réfère au principe du tuyau: on pourrait prendre le saucisson que l'on comprime en son milieu et observer ce qui se passe. On peut prévoir le résultat! Or, la version telle qu'elle a été adoptée au Conseil des Etats place quelques soupapes qui permettent d'éviter aux caisses qui se trouveraient véritablement à court de réserves de prendre les mesures qui s'imposent. Mme Heberlein a mis en évidence la contradiction qui existe, dans la mesure où les uns ne veulent pas bloquer les tarifs des médecins et autres prestataires et les autres s'opposent à un blocage du côté des caisses. Le groupe démocrate-chrétien est cohérent sur ce point-là, puisqu'il veut les deux. Comme nous avons introduit, dans un premier temps, l'année passée, la limitation des primes, un défaut subsistait du côté des coûts pour lesquels rien n'avait été fait. Pour y remédier, vous avez décidé tout à l'heure le corollaire sur l'article premier.

Pour conclure, je souligne que les mesures proposées par la version du Conseil des Etats représentent pour les caisses un certain assouplissement par rapport à la situation actuelle. C'est pour cette raison que le groupe démocrate-chrétien vous demande de suivre la majorité de la commission.

Präsident: Die grüne Fraktion lässt mitteilen, dass sie bei Artikel 5 und 6 der Mehrheit zustimmt.

Mme Brunner Christiane: Les propositions de minorité Rychen et Bortoluzzi sont tout simplement incompréhensibles. Elles visent de toute substance la proposition du Conseil fédéral qui repose sur deux piliers fondamentaux: d'une part, un frein aux tarifs et aux prix, d'autre part, un plafonnement de l'augmentation des cotisations à l'assurance-maladie. Ces deux volets vont nécessairement de pair et on ne peut accepter de geler les tarifs et les prix, sans accepter également que les assurés en tirent le bénéfice normal au niveau du montant de leurs cotisations. Dans le cas contraire, le gel des tarifs et des prix constituerait une intervention étatique au seul profit des caisses-maladie, à l'exclusion de tout avantage pour les assurés.

Les caisses-maladie doivent, elles aussi, participer à la volonté politique de freiner les coûts de la santé et elles ne l'ont guère manifestée jusqu'à présent, cette volonté. Elles disposent pourtant de tout l'arsenal nécessaire pour prendre au sérieux le rôle qui leur est confié. Elles peuvent aborder avec détermination les négociations sur la tarification et contrôler efficacement les honoraires des médecins et le bien-fondé des traitements préconisés. Elles peuvent intervenir contre les abus des médecins ou de leurs patients et favoriser la prise en charge

de mesures préventives raisonnables ou des soins à domicile. Nous ne voulons pas mettre en péril ou en difficulté financière les caisses-maladie. Nous attendons d'elles qu'elles se sentent concernées au premier chef et qu'elles entreprennent tout ce qui est en leur pouvoir pour enrayer les coûts de la santé. Lorsque toutes ces mesures auront porté leurs fruits, les caisses ne devront plus alors entamer leurs réserves légales, elles auront tout au plus dû faire appel momentanément à leurs réserves latentes qui ont précisément été constituées pour de tels cas d'urgence.

Il en va tout autrement pour les assurés qui, eux, ne disposent pas nécessairement de réserves latentes. Dans une situation économique difficile, avec une augmentation-simultanée des cotisations de l'assurance-chômage et une compensation du renchérissement plus qu'incertaine dans la plupart des secteurs, il est exclu de demander encore une fois aux assurés de passer à la caisse. Le seuil de tolérable est atteint pour les assurés car, sans le plafonnement des cotisations, celles-ci risquent de doubler d'ici à la fin de 1994. Peu importe que ce ne soit pas la mesure la plus adéquate ou qu'elle soit peu opportune. Nous devons agir car les assurés ne peuvent attendre que l'on trouve enfin un consensus politique dans notre pays en matière d'assurance-maladie. Madame Heberlein, nous ne mettons pas en péril la révision de l'assurance-maladie en adoptant ces deux propositions. Ce que vous faites, c'est à proprement parler du chantage!

Pour toutes ces raisons le groupe socialiste vous invite à rejeter les deux propositions de minorité sur les articles 5 et 6.

Frau Dormann, Berichterstatterin: Die Artikel 5 und 6 auf der Fahne entsprechen den Artikeln 2 und 3 des Entwurfes des Bundesrates. Die beiden Artikel gehören zusammen, sie bilden ein Gesamtkonzept. In Artikel 5 geht es um die Richtprämien und in Artikel 6 um die Berechnung der Höchstgrenzen. Die Frage besteht darin, ob die Krankenkassen ihre Prämien anheben dürfen oder nicht.

Die beiden Minderheitsanträge zu Artikel 5 und 6 wollen die Begrenzung der Krankenkassenprämien verhindern, wie sie der Bundesrat, der Ständerat und unsere Kommissionmehrheit vorsehen. Herr Rychen macht geltend, dass der mit dem Bundesbeschluss vom Dezember 1991 verfügte Prämienstopp nichts gebracht habe. Einzig mit dem Preisstopp bei den Leistungserbringern könnten echte Sparmassnahmen erzielt werden.

In Tat und Wahrheit hat der dringliche Bundesbeschluss die Anpassung der Mitgliederbeiträge in der Krankenpflege-Grundversicherung im laufenden Jahr auf zehn Prozent beschränkt. Insgesamt kommen mindestens zwei Drittel der Versicherten in den Genuss dieser Prämienbeschränkungen. Für etwa 28 Prozent der Versicherten ist die Frage noch offen, weil drei vom EDI abgewiesene Beschwerdeführer beim Bundesrat rekurriert haben. Diese Beschwerden sind gegenwärtig noch hängig.

Im Sinne einer Opfersymmetrie halten Bundesrat und Ständerat wie auch unsere Kommission an der Begrenzung der Anpassung der Mitgliederbeiträge fest.

In Artikel 5 ist das Prinzip der sogenannten Richtprämie dargestellt. Die Krankenpflege-Grundversicherung umfasst hier die gesetzlichen Leistungen sowie die Leistungen, die nach den Bestimmungen der Kasse – zusammen mit den gesetzlichen Leistungen – versichert werden müssen.

Im Gegensatz zum Bundesrat sieht der Ständerat in Artikel 5 Absatz 2 Ausnahmen zur Anhebung der Mitgliederbeiträge über den Höchstbetrag vor, wenn der gesetzlich vorgeschriebene Sicherheitsfonds und der Schwankungszuschlag einer Krankenkasse sonst unter das gesetzliche Minimum sinken würden und wenn die von diesem Bundesbeschluss nicht erfassten Versicherungsbeiträge genügend hoch sind, um jenen Versicherungszweigen die Kosten zu decken und die nötigen Reserven zu bilden.

Unsere Kommission hat in Artikel 5 Absatz 2 die Zuständigkeit für die Anpassung solcher Mitgliederbeiträge dem Departement des Innern zugewiesen statt dem Bundesamt, um damit den Instanzenweg zu regeln. Beschwerdeinstanz gegen Entscheide des Departementes bleibt somit der Bundesrat.

Die gesetzliche Minimalreserve beträgt bei einer Krankenkasse mit über 40 000 Versicherten 20 Prozent einer Jahresausgabe. Gemäss einem Bericht des Bundesamtes für Sozialversicherung über die Reserven der 14 grössten Kassen in der Schweiz vom 1. Oktober 1992 liegt die gesetzliche Minimalreserve lediglich bei einer einzigen Krankenkasse eindeutig unter der 20-Prozent-Grenze. Eine weitere Kasse unterschreitet diese Quote knapp. Im Durchschnitt dieser 14 grössten Kassen mit rund 100 000 Mitgliedern liegt die Vermögensquote Ende 1991 bei 22,2 Prozent, Ende 1990 lag dieser Wert noch bei 25,3 Prozent. Mit Artikel 5 Absatz 2, wie er vom Ständerat vorgeschlagen und von der nationalrätlichen Kommission übernommen wurde, kann durch die Anhebung der Mitgliederbeiträge sichergestellt werden, dass nicht allzu grosse Differenzen in den gesetzlich vorgeschriebenen Reserven der einzelnen Kassen entstehen – dies im Gegensatz zum Antrag des Bundesrates, der zur Stabilisierung des Preisniveaus im Bereich der Krankenversicherung eine gewisse Unterschreitung der Reserve in Kauf genommen hätte.

In Artikel 6 wird die Berechnung der Höchstprämie umschrieben. Hier heisst es, dass das Departement für jeden Kanton den Höchstbetrag für den Mitgliederbeitrag festlegt. Nachdem wir ab 1993 den Risikoausgleich unter den Kassen haben werden, ist es nicht sehr sinnvoll, dass sich dieser Höchstbetrag am Mitgliederbeitrag der einzelnen Kassen orientiert, sondern er muss sich am durchschnittlichen Mitgliederbeitrag der Grundversicherung, und zwar der untersten Erwachsenenaltersgruppe, orientieren. Zu diesem Höchstbetrag kann ein Zuschlag im Ausmass des Anstieges des Konsumentenpreisindeks, erhöht um vier Fünftel, kommen. Weshalb vier Fünftel? Das kommt daher, dass die Kassen mit höheren Kosten auch höhere Rückstellungen zu tätigen haben. Deshalb ist hier nicht nur, wie an anderen Orten, der Index plus ein Drittel, sondern plus vier Fünftel vorgesehen.

In Absatz 2 von Artikel 6 wird der durchschnittliche Mitgliederbeitrag errechnet, nämlich aus dem gewogenen Mittel der Mitgliederbeiträge von Krankenkassen, die zusammen mindestens zwei Drittel der Versicherten pro Kanton umfassen. Sollten diese Mitgliederbeiträge innerhalb des Kantons, noch abgestuft sein, so wird der höchste Mitgliederbeitrag berücksichtigt. Das entspricht genau dem Vorschlag des Bundesrates zu dieser Richtprämie.

In Absatz 3 von Artikel 6 ist geregelt, dass der Höchstbetrag für die Mitgliederbeiträge der untersten Erwachsenenaltersgruppe gilt. Die Mitgliederbeiträge der anderen Versicherten dürfen nur bis zu dem Betrag erhöht werden, der sich aus dem Höchstbetrag unter Berücksichtigung der gesetzlich zulässigen Abstufungen für Kinder sowie nach dem Eintrittsalter ergibt.

Dieser Artikel tönt reichlich technisch und kompliziert. Deshalb beantragt die Minderheit Bortoluzzi die Streichung dieses Artikels 6: Der administrative Aufwand sei viel zu hoch und die Einheitsprämie dürfe nicht unser Ziel sein. Gemäss Auskunft des Bundesamtes für Sozialversicherung ist der Verwaltungsaufwand für die Berechnung der Richtprämie jedoch sehr gering. Bereits eine Woche nach der Abstimmung zu diesem Bundesbeschluss sollen die Krankenkassen die Berechnung der Richtprämien erhalten.

Unsere Kommission hat den Streichungsantrag zu Artikel 5 und 6 mit 15 zu 3 Stimmen bei 4 Enthaltungen abgewiesen. Ich empfehle Ihnen, das gleiche zu tun.

M. Phillipona, rapporteur: Le souci de la minorité Rychen est la bonne santé, si l'on peut dire, des caisses-maladie. Ce souci est certes légitime. Il est vrai que, suite à notre arrêté de 1991, la situation des caisses-maladie s'est détériorée et leurs réserves ont fortement diminué, ce qui était prévisible lors de l'adoption de cet arrêté. Or, précisément, l'alinéa 2 de l'article 5 tient compte de cette situation et assure la survie de ces caisses en stipulant que le département autorise une caisse à fixer des cotisations au-dessus de la cotisation maximale, s'il est établi qu'elle en a besoin. Cet article 5 est également une nécessité pour la survie des caisses-maladie. On a adopté aujourd'hui un frein aux tarifs et aux prix; si on libère les cotisations, la hausse risque d'être très forte puisque les cais-

ses seront tentées de récupérer les fonds qui ont diminué l'année dernière. L'article 6 qui module les montants maximums selon les cantons, étant donné les grandes différences de coûts d'un canton à l'autre, est également nécessaire. C'est à une très large majorité, de 15 voix contre 3, que la commission vous invite à accepter sa proposition.

Bundesrat Cotti: Es ist die Bemerkung gefallen: Schade, dass das Parlament den letztjährigen Beschluss zeitlich auf ein Jahr beschränkt hat, sonst hätte man heute diese Diskussion im Parlament nicht.

Ich kann mir vorstellen, dass einige unter Ihnen diese Entwicklung bedauern. An und für sich hatte die zeitliche Reduktion durch Ihren Rat aber den Vorteil, dass man feststellen konnte, wo der letztjährige Beschluss nicht ganz den Erwartungen entsprochen hat. Sicher ist dabei nicht an die Versicherten zu denken. Wenn Herr Allenspach von einem «Fehlsschuss» gesprochen hat, so kann man das vielleicht subjektiv so beurteilen. Die Versicherten, die bei den Krankenkassenprämien wesentliche Reduktionen erfahren haben, sind sicher nicht seiner Meinung. Hingegen stimmt es – ich teile die Auffassung von Herrn Rychen vollständig –, dass sich der letztjährige Beschluss zu sehr auf die Kassen bezogen hat. Zudem konnten die Massnahmen zur Kostendämpfung wegen der Reduktion auf ein Jahr nicht greifen. Aber so oder so haben die Kassen die Hauptlast des letztjährigen Beschlusses tragen müssen. Das ist nicht zu bestreiten.

Deshalb haben wir die Lehren daraus gezogen. Wir haben andere Artikel vorgeschlagen, und wir haben, Herr Rychen, doch eine etwas kassenfreundlichere Lösung gefunden.

Ich füge hinzu: Das Wehklagen, das man von den Kassen hört, ist aufgrund unserer Wahrnehmungen nicht überall gerechtfertigt. Man versteht, dass bei dieser Problematik alle Interessenvertreter klagen. Das ist in diesem Bereich leider so. Aber gewisse Klagen sind sicher übertrieben. Die Situation gewisser Kassen hängt nicht von den kurzfristigen Beschlüssen der letzten Jahre ab, sondern primär vom Handeln der Kassen selber. Da könnte man noch ein paar Liedlein singen. Herr Deiss hat gesagt: «Les caisses ne sont pas toutes innocentes.» Et il a certainement raison!

Aber ich möchte doch sagen: Es ist richtig, dass man das Ungleichgewicht des letzten Jahres ändert. Die Kommission hat das mit ihrem Vorschlag gemacht. Sie hat auch den Vorschlag des Bundesrates verbessert. Ausnahmen müssen zugestanden werden – es ist nicht mehr eine Kann-Formel, die hier eingesetzt worden ist –, natürlich unter den festgelegten Bedingungen. Wir können uns mit den Anträgen der Kommission durchaus einverstanden erklären. Ich glaube, eine gewisse Dämpfung der Härte gegenüber den Kassen rechtfertigt sich auf alle Fälle.

Zur Frage von Herrn Deiss, wann die drei beim Bundesrat hängigen Beschwerden definitiv entschieden werden: Ich hoffe, so schnell wie möglich. Das Departement, welches das Verfahren vorbereitet, ist in seiner Arbeit sicher schon weit fortgeschritten. Es liegt im allgemeinen Interesse, dieses Verfahren zu beschleunigen.

Art. 5

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag der Minderheit	Minderheit

Art. 6

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag der Minderheit	Minderheit

Art. 4

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 7**Antrag der Kommission****Abs. 1**

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2**Mehrheit**

....

f. (neu) Arzneimittel.

Minderheit(Heberlein, Allenspach, Borer Roland, Bortoluzzi, Daepf, Ey-
mann Christoph, Gysin, Philippona, Segmüller)

....

b bis. (neu) für teilstationäre Leistungen;

....

Abs. 3**Mehrheit****Streichen****Minderheit**

(Allenspach, Philippona)

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag Grossenbacher**Abs. 2 Bst. g (neu)**

g. nichtärztliche Psychotherapie bei Minderjährigen.

Antrag Hollenstein**Abs. 2 Bst. g (neu)**

g. nichtärztliche Psychotherapie.

Art. 7**Proposition de la commission****Al. 1**

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2**Majorité**

....

f. (nouvelle) médicaments.

Minorité(Heberlein, Allenspach, Borer Roland, Bortoluzzi, Daepf, Ey-
mann Christoph, Gysin, Philippona, Segmüller)

....

b bis. (nouvelle) les traitements semi-hospitaliers;

....

Al. 3**Majorité****Biffer****Minorité**

(Allenspach, Philippona)

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition Grossenbacher**Al. 2 let. g (nouvelle)**g. la psychothérapie pratiquée sur des mineurs par des non-
médecins.**Proposition Hollenstein****Al. 2 let. g (nouvelle)**

g. la psychothérapie pratiquée par des non-médecins.

Abs. 1 – Al. 1**Angenommen – Adopté****Abs. 2 Bst. a–f – Al. 2 let. a–f****Präsident:** Der Antrag der Minderheit Heberlein zu Absatz 2
Buchstabe b bis (neu) entfällt gemäss Abstimmung zu Arti-
kel 2a.**Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit**
Adopté selon la proposition de la majorité**Abs. 2 Bst. g – Al. 2 let. g****Frau Grossenbacher:** Mit meinem Antrag will ich erreichen,
dass die nichtärztliche Psychotherapie wenigstens bei Min-
derjährigen von den Krankenkassen weiterhin als freiwillige
Leistung übernommen werden kann. Ich bin überzeugt, dass
durch Annahme dieses Antrages Kosten im Gesundheits-
wesen eingespart werden können, und zwar aus folgenden
Gründen:Es ist eine Tatsache, dass es nicht wenige Kinder gibt, die in
ihrer Entwicklung gestört sind. Es ist nicht der richtige Zeit-
punkt, zu überlegen, weshalb so viele Kinder in ihrer Entwick-
lung gestört sind. Eines steht fest: Die Kinder selber trifft keine
Schuld, sie brauchen aber dringend Hilfe, und zwar je früher,
desto besser. Bei Kindern ist es möglich, Fehlentwicklungen,
wenn sie früh genug behandelt werden, aufzufangen und zu
heilen. Eine erfolgreiche Therapie kann bewirken, dass aus
sogenannt schwierigen Kindern Jugendliche werden, die auf
eigenen Füßen stehen und den schwierigen Situationen des
Lebens entgegentreten können.Störungen bei Kindern drücken sich oft auch durch körperliche
Leiden aus: Bauchweh, Migräne, Asthma, Essstörungen
usw. Bei Nichtbehandlung oder wenn die Störungen nur medika-
mentös angegangen werden, können schwerste, irrepara-
ble Schäden auftreten, wie lebenslange Fixierung der ge-
nannten Leiden, Magersucht und vieles mehr. Aus diesen Kin-
dern werden Erwachsene, die ein Leben lang mit schlechten
Voraussetzungen gegen das Leben kämpfen müssen, statt ihr
Leben leben zu können.Treten bei Kindern Störungen im psychosozialen Bereich we-
gen Vernachlässigung, Verwahrlosung oder Ueberbehütung
auf, so sind auch da Behandlungen nötig, je früher, desto bes-
ser, und zwar unter Einbezug der Eltern. Bei Nichtbehandlung
oder bei einer Behandlung nach der Pubertät sind die Folgen
der mangelnden sozialen Integration verheerend und äussern
sich in beruflichen Schwierigkeiten, dem Griff nach den Dro-
gen oder anderen Süchten und dem Abstieg in die Kriminalität.
Die Kosten für den Staat steigen ins Unermessliche, vom
Leid der Betroffenen und ihrer Angehörigen nicht zu reden.Alle diese erwähnten Fälle könnten selbstverständlich von
Psychiatern behandelt werden. Diese Behandlungen würden
von den Krankenkassen selbstverständlich übernommen.
Diese Lösung wäre erstens viel teurer, weil die Stundenan-
sätze der Psychiater viel höher liegen als die der nichtärztlichen
Psychotherapeuten. Zweitens vermag eine nichtärztliche
Psychotherapie in den meisten Fällen zu genügen und
kann sogar angemessener sein, weil für die Kinder und deren
Eltern die Schwellenangst vor nichtärztlichen Therapeuten
kleiner ist und die Psychotherapeuten ihrerseits grosses Ge-
wicht auf eine Zusammenarbeit mit Eltern und Lehrern legen.
Deshalb bitte ich Sie, meinem Antrag, der von der Mehrheit der
CVP-Fraktion unterstützt wird, zuzustimmen. Er beinhaltet nur
die nichtärztliche Therapie für Minderjährige, strapaziert die
Krankenkassen also viel weniger als der Antrag von Frau Hol-
lenstein, der die Beiträge für die nichtärztliche Psychotherapie
für alle Altersgruppen will. Kinder gehören zu den schwäch-
sten Mitgliedern unserer Gesellschaft. Sie können sich ihre
Hilfe nicht holen, denn sie haben kein Einkommen. Wir schul-
den ihnen Hilfe und Unterstützung; nur so werden sie fähig
sein, in dieser Zeit zu leben und zu überleben.**Frau Hollenstein:** Mein Antrag strapaziert die Krankenkassen
nicht, wie eben gesagt wurde, sondern er ist eine Ausweitung
der Begründung von Frau Grossenbacher. Unter dem Strich
ist mein Antrag billiger.Mit meinem Antrag möchte ich erreichen, dass die Kranken-
kassen die Leistungen von psychologisch ausgebildeten Psy-
chologinnen und Psychologen weiterhin übernehmen dürfen;
es geht also nicht – und das ist wichtig – um eine Verpflich-
tung. Mein Antrag unterscheidet sich von jenem von Frau
Grossenbacher: Ich möchte die Grundlage dafür schaffen,
dass die Krankenkassen nicht nur bei Minderjährigen Kosten
übernehmen können, sondern dass sie die Kosten von psy-
chotherapeutischen Behandlungen durch psychologisch
ausgebildetes Psychotherapiepersonal bezahlen dürfen.

Diese Möglichkeit soll mit meinem Antrag nicht nur für Minderjährige beibehalten werden. Eine Altersgrenze zu ziehen finde ich nicht sinnvoll, ist es doch für wohlhabende Familien eher möglich, eine Psychotherapie beim Psychiater zu bezahlen als für manche finanziell schlechtergestellte Familien.

Dass es sinnvoll ist, auch für die nichtärztliche Psychotherapie in Artikel 7 eine Ausnahme zu verankern, hat folgende Gründe:

1. Dank der bisherigen Kostenregelung vieler Krankenkassen war es einem grossen Teil der Bevölkerung möglich, sich psychotherapeutisch behandeln zu lassen. Da diese Leistungen bei nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten viel kostengünstiger sind als die Behandlung bei ärztlichen Psychotherapeuten, bedeuten diese Behandlungen für die Krankenkassen keine Mehrkosten. Im Gegenteil, die so ermöglichte Psychotherapie kann schlimmere Erkrankungen seelischer oder körperlicher Art oft verhindern. Eine Behandlungsstunde kostet beim Psychiater rund 150 Franken; der Stundenansatz für eine nichtärztliche, meist ebenso fachkompetente Behandlung liegt bei 100 bis 120 Franken; bei letzterer sind die Kassenleistungen verschieden.

2. Nichtärztliche Psychotherapeuten sind laut Bundesgerichtsentscheid berechtigt, selbständig seelisch Kranke zu behandeln. Psychotherapie ist wissenschaftlich gesichert. Psychotherapeut ist ein eigenständiger Berufsstand, der in den meisten Kantonen gesetzlich geschützt ist. Nur eine gründliche, genau definierte Ausbildung berechtigt zur Ausübung dieses Berufes. Die nichtärztliche Psychotherapie ist längst zu einem unverzichtbaren Bestandteil der landesweiten Versorgung für psychisch Kranke geworden. Eine Zurücknahme der Krankenkassenbeiträge wäre ein nicht korrigierbarer Rückschlag. Ausserdem würde einem Grossteil der Psychotherapeuten der Boden ihrer beruflichen Existenz entzogen.

Aufgrund der genannten Tatsachen ist es ökonomischer, die nichtärztliche Psychotherapie durch die Krankenkasse zu finanzieren, bzw. die Voraussetzungen dazu zu schaffen. Darauf lege ich hier Wert.

In Artikel 7 Absatz 2 heisst es: «Sie (die Kassen) dürfen ihre Leistungen erweitern.» Geben wir den Krankenkassen heute diese Möglichkeit nicht, so werden all jene Menschen, die eine Psychotherapie nicht selber finanzieren können, ihre Therapie bei einer ärztlichen Therapiestelle weiterführen. Diese muss dann von der Krankenkasse bezahlt werden. Unter dem Strich ist dies wegen der höheren Stundenansätze teurer. Auch wenn eine Psychotherapie überhaupt nicht mehr stattfinden kann, ist es teurer, weil eine schlimmere Erkrankung die Folge sein kann.

Wenn Sie meinen Antrag annehmen, führen wir nichts Neues ein, sondern wir behalten eine finanziell günstigere Möglichkeit offen, die sich bis anhin durchaus bewährt hat. Ich bitte Sie um Unterstützung.

Frau Hafner Ursula: Ich möchte inhaltlich nichts von dem bestreiten, was meine beiden Vorrednerinnen gesagt haben. Den Antrag Grossenbacher hält die SP-Fraktion jedoch für unnötig, weil die Kosten für die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen in der Regel abgedeckt sind, und zwar aufgrund der schulärztlichen oder schulpyschologischen Dienste, unter Umständen auch durch Anordnungen der Vormundschaftsbehörde.

Mehr Berechtigung hat in unseren Augen der Antrag Hollenstein. Wenn wir jetzt darauf verzichten möchten, die nichtärztliche Psychotherapie in Artikel 7 aufzunehmen, so nur deshalb, weil unser Hauptanliegen darin besteht, diesen Bundesbeschluss innert nützlicher Frist über die Bühne zu bringen. Das Anliegen von Frau Hollenstein muss aber sorgfältig geprüft werden, wenn es um die Revision des Krankenversicherungsgesetzes geht.

M. Deïss: A l'article 7, le groupe démocrate-chrétien accepte, de manière générale, de suivre la majorité de la commission et, ainsi, de transférer une partie des charges supplémentaires sur les assurés et les patients. D'une part, cette disposition lui semble supportable, mais surtout elle permet en quelque sorte de faire d'une pierre deux coups en déployant ses effets

en faveur à la fois des patients et des caisses, qui seraient alors soumises à une réglementation grâce à laquelle la concurrence pourra mieux jouer.

Il ne faudrait donc pas «trouer» cette disposition de trop nombreuses exceptions. Celles qui nous sont proposées par la majorité de la commission, ainsi que celles qui émanent de Mme Grossenbacher, représentante du groupe PDC, nous semblent raisonnables. Je me limiterai donc ici à la question de la psychothérapie prodiguée aux mineurs. Contrairement à ce que pense Mme Hafner Ursula, cette mesure ne serait pas superflue puisque, vraisemblablement, ce n'est qu'au niveau de la scolarité obligatoire que ces prises en charge seraient assurées. Il n'en ira probablement pas de même au-delà de la scolarité obligatoire, et l'article qui vous est proposé est destiné aux mineurs en général.

C'est la raison pour laquelle je vous demande, au nom du groupe démocrate-chrétien, de ne pas aller trop loin comme le propose Mme Hollenstein, mais de tenir compte des besoins des mineurs et, évidemment, de leurs familles.

Frau Grendelmeier: Ich bitte Sie, den Antrag Hollenstein zu unterstützen. Der Antrag von Frau Grossenbacher geht in dieselbe Richtung, nur sehe ich nicht ein, warum man ihn auf die Minderjährigen beschränken soll. Wenn jemand krank ist, ist er es, ob er nun älter oder jünger als zwanzig ist.

Worum geht es? Ich fürchte, der Unterschied zwischen einem Psychiater und einem Psychotherapeuten psychologischer Provenienz ist zu wenig bekannt. Der Psychiater ist ein Arzt; er hat sein Staatsexamen gemacht und spezialisiert sich hinterher in Psychiatrie. Er erwirbt sich den Spezialarzttitel FMH an einer Klinik; er ist fähig, alle Arten von Geisteskrankheiten und anderen psychischen Störungen zu behandeln, und er darf zum Beispiel Medikamente abgeben. Er ist aber nicht per se in Psychotherapie ausgebildet; das sind nichtmedikamentöse, nichtapparative Behandlungsformen – meist auf Gesprächsbasis. Der Psychologe hingegen hat an der philosophisch-historischen Fakultät Psychologie studiert und hat sich z. B. in Psychotherapie spezialisiert. Für eine Gesprächstherapie ist im allgemeinen der Psychotherapeut nichtmedizinischer Provenienz besser ausgebildet. Der Psychiater kann nach seinem FMH noch eine zusätzliche Ausbildung in Psychotherapie machen, aber er darf auch ohne Spezialausbildung therapieren – ein Arzt darf im Prinzip alles. Der Arzt ist ja auch der einzige Mensch, der legaliter einem anderen eine Verletzung beibringen darf. Also darf er auch therapieren, ohne ausgesprochen für Psychotherapie ausgebildet zu sein. Deshalb ist es eine Ungleichbehandlung dieser beiden Berufsgattungen, die sich durch die Ausbildung unterscheiden – eine für mich störende Diskriminierung der nichtärztlichen Psychotherapeuten, die dafür ausgebildet sind.

Sie werden nun sagen, die Begriffe Psychotherapeut und Psychologe seien nicht geschützt. Jedermann kann sich eine Messingtafel an die Türe nageln und sich Psychologe schimpfen; das ist richtig. Die Krankenkassen hätten aber hier die Möglichkeit, nur Hochschul- und Institutsabsolventen mit anerkanntem Examen zu berücksichtigen. Sie könnten dadurch das therapeutische Angebot erweitern und damit unter Umständen Hospitalisierungen verhindern; zudem könnten sie die Versicherten günstiger behandeln lassen als bei den Psychiatern, die nach ihren Tarifen behandeln.

Ich bitte Sie also, diesen Zusatz und vor allem den Antrag Hollenstein zu unterstützen. Damit wird nichts grundsätzlich Neues via Bundesbeschluss eingeführt, wie Sie dies beispielsweise bei der Teilhospitalisierung getan hätten. Wenn Sie dies nicht tun wollen, bitte ich Sie, mindestens den Antrag Grossenbacher zu unterstützen.

Präsident: Die grüne Fraktion teilt mit, dass sie den Antrag Hollenstein unterstützt.

Frau Dormann, Berichterstatterin: Die beiden Anträge Hollenstein und Grossenbacher wurden in der Kommission nicht speziell diskutiert. Ich kann Ihnen lediglich sagen, dass die Kommission in einer ersten Abstimmung den ganzen Artikel 7 mit einem Stimmenverhältnis von 10 zu 7 bei 2 Enthaltungen

streichen wollte, dass sie also keine Einschränkung der Leistungen der Krankenkassen wollte.

Ich muss es Ihnen überlassen, ob Sie einem oder beiden Anträgen zustimmen wollen. Persönlich werde ich den Antrag unterstützen, dass die Krankenkassen freiwillige Leistungen an Psychotherapien ausrichten können.

M. Phillipona, rapporteur: La commission n'a pas pu examiner ces deux propositions individuelles, je ne parlerai donc pas du fond du problème. Par contre, on peut se demander s'il est juste, dans cet arrêté, d'élargir les prestations assurées alors qu'on lutte contre les coûts. Tout à l'heure, nous avons décidé de renoncer au terme de semi-hospitalisation et à la taxe d'hospitalisation parce que c'était typiquement des problèmes à traiter lors de l'élaboration de la nouvelle loi. Il me semble qu'une telle proposition devrait également être traitée avec la nouvelle loi.

Bundesrat Cotti: Ich möchte generell zu Artikel 7 sprechen, welcher von der Kommission und nicht auf Vorschlag des Bundesrates eingeführt worden ist. Wie Herr Deiss mit Recht unterstrichen hat, bringt Artikel 7 Absatz 1 eine zusätzliche Verlagerung gewisser Kosten auf die Patienten. Nachdem jetzt der Nationalrat doch in die richtige Richtung gegangen ist, wäre der Bundesrat bereit, sich mit den Vorschlägen der Kommission einverstanden zu erklären. Wir würden also diese in Artikel 7 vorgesehene Verlagerung annehmen.

Bei den beiden Einzelanträgen zu Absatz 2, die partikulärer Art sind, möchte ich den Entscheid dem Parlament überlassen. Persönlich bin ich der Auffassung, dass diese Einzelthematik von verschiedenen anderen Elementen und Vorschlägen begleitet werden könnte. Ich fordere Sie immer noch dazu auf, diesen dringlichen Bundesbeschluss so einfach wie möglich zu gestalten und ihn so wenig wie möglich zu beladen.

Abstimmung – Vote

Eventuell – A titre préliminaire

Für den Antrag Grossenbacher	42 Stimmen
Für den Antrag Hollenstein	36 Stimmen

Definitiv – Définitivement

Für den Antrag Grossenbacher	47 Stimmen
Dagegen	61 Stimmen

Abs. 3 – Al. 3

Allenspach, Sprecher der Minderheit: Ich komme auf den Charakter von Artikel 7 zurück. In Artikel 7 wird klar gesagt, dass die Kassen bestimmte Pflichtleistungen zu übernehmen hätten. Im Bereich der Arzneimittel bestehen genaue Arzneimittellisten; die Krankenkassen sind verpflichtet, die darin aufgeführten Medikamente zu bezahlen. Es hat sich aber immer mehr eingebürgert, dass die Kassen aus Konkurrenzgründen auch zusätzliche Leistungen in die Pflichtversicherung übernommen haben. Insbesondere im Heilmittelsektor bezahlen sie unter dem Titel «Pflichtversicherungen» auch Heil- und Arzneimittel, die nicht auf der Liste der Arzneimittel stehen, die zu bezahlen die Kassen verpflichtet wären. Das ist unter anderem ein Grund für die Zunahme der Krankenkassenprämien; auf diese Weise sind nämlich die Leistungen ständig ausgebaut worden.

Dabei ist zu betonen, dass die eigentliche Pflichtversicherung nicht einfach nur eine rudimentäre medizinische Versorgung sicherstellt. Die Pflichtversicherung stellt eine gute medizinische Versorgung sicher. Die Arzneimittelliste wird auch laufend angepasst. Es ist nach der Schaffung von Lehrstühlen für Komplementär- oder Alternativmedizin nur noch eine Frage der Zeit – vielleicht nur von Monaten –, bis zusätzliche alternativ- oder komplementärmedizinische Heilmittel, deren Heilerfolge wissenschaftlich nachgewiesen sind, in die Spezialitätenliste der Krankenkassen-Pflichtleistungen aufgenommen werden.

Absatz 3 hält nun klar fest, dass die Kassen nur die in der Spezialitätenliste enthaltenen Heilmittel in der Grundversicherung

zu bezahlen haben. Diese Mittel genügen für die medizinische Grundversorgung durchaus. Sollten andere Heilmittel verschrieben werden, können diese von einer freiwilligen Zusatzversicherung übernommen werden. Damit wird auch klargestellt, dass jener, der eine De-Luxe-Versorgung will, dafür auch etwas mehr zu bezahlen hat. Gleichzeitig würden wir den Ärzten damit ein Zeichen setzen. Sie wissen dann, dass sie nicht irgendwelche Heilmittel verschreiben dürfen, ohne Widerstand hervorzurufen, sondern sich an die kassenpflichtigen Spezialitätenlisten zu halten haben. Das wäre ein echter Beitrag zur Kostendämpfung.

Artikel 7 Absatz 3 ist überhaupt eine der wenigen Bestimmungen, die eine echte Kostendämpfung anstreben. Amputieren wir alle echt kostendämpfenden Artikel, so müssten wir gelegentlich den Titel des Bundesbeschlusses ändern. Heute heisst er «Massnahmen gegen die Kostensteigerung». Wenn wir alle Artikel streichen, die zu einer Einsparung führen, so müsste er zutreffender «Massnahmen zum Kostenrückstau im Gesundheitswesen» heissen. Ich bin nicht so sicher, ob die Versicherten dann, wenn die aufgestauten Kosten zur Bezahlung fällig werden, so glücklich sind und diesen Bundesbeschluss als einen guten Entscheid loben werden.

Ich unterstreiche, dass das Krankenkassenkonkordat nicht gegen die Reduktion der Grundversicherung auf das wirklich Notwendige opponiert. Es hat nämlich an der letzten Delegiertenversammlung im Juni einen Beschluss gefasst, der genau in diese Richtung zielt, und dieser wurde Ihnen in den letzten Informationen des Konkordates auch schriftlich unterbreitet.

Ich unterstreiche des weiteren, dass der Ständerat diesem Absatz mit 32 zu 4 Stimmen zugestimmt hat. Es ist also nicht eine prekäre Mehrheit im Ständerat, sondern es ist eine Mehrheit, die wir wohl auch im Nationalrat beachten müssen.

Die Kommissionsminderheit beantragt, dieser wirklich überzeugenden Mehrheit im Ständerat zuzustimmen. Sie beschliessen damit eine Massnahme, die in der Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes ohnehin vorgesehen ist.

Ich teile im übrigen mit, dass die freisinnig-demokratische Fraktion diesem Minderheitsantrag und dem Antrag des Ständerates zustimmt. Ich bitte Sie, das gleiche zu tun.

Hafner Rudolf: Der Minderheitsantrag Allenspach ist durchaus gut gemeint. Allerdings wissen alle, die einmal Naturheilmittel beansprucht haben, dass deren Preise bedeutend günstiger sind als jene rein schulmedizinischer Präparate. Deshalb ist sein Vorschlag keine Sparmassnahme, sondern eher eine Kostensteigerungsmassnahme. Es mag verschiedenen Firmen durchaus dienen, wenn die Kosten gesteigert werden. Genau das Gegenteil dessen, was Herr Allenspach gesagt hat, ist wahr: Das Bundesamt für Sozialversicherung hat Kenntnis von einer Studie an der Universität Stuttgart, die klar belegt, dass natürliche Therapien kostengünstiger sind.

Die grüne Fraktion stimmt darum dem Antrag der Mehrheit zu. Sie haben vorhin ohne Diskussion dem Buchstaben f beim vorhergehenden Absatz zugestimmt. Herr Allenspach hätte, um es formal richtig zu machen, schon vorhin Antrag stellen müssen.

Zusammengefasst: Herr Allenspach hat Aussagen des Krankenkassenkonkordates erwähnt. Viele Kassen haben natürliche Heilmittel schon in der Vergangenheit bezahlt, weil ein Grossteil der Versicherten dies ausdrücklich wünschte. Es gab eine repräsentative Umfrage der Infosuisse im letzten Jahr, gemäss welcher 83 Prozent der Befragten diese Heilmittel wünschten. 78 Prozent haben ausdrücklich erklärt, dass sie darin eine Kostenersparnis sähen. Auch das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen hat in einer Pressemitteilung vom Dezember 1991 bestätigt, dass diese Therapien und Heilmittel Kostenersparnisse bewirken.

Die entsprechenden Organisationen haben auch erklärt, dass ihnen dieser Punkt des Bundesbeschlusses sehr wichtig ist; darum bitte ich Sie, den Minderheitsantrag Allenspach abzulehnen.

Frau Gonseth: Die sogenannte Alternativmedizin geht von einem ganzheitlichen Menschenbild aus, im Gegensatz etwa zur konventionellen Medizin, die immer mehr spezialisiert ist.

Was Herr Allenspach fordert, die sogenannte wissenschaftliche Nachweismethode zum Beweis der Wirksamkeit dieser Medikamente, das gibt es bei der ganzheitlichen Medizin nicht, weil sie auch einen ganz anderen Ansatz hat als die Naturwissenschaft. Es ist auch eine geisteswissenschaftliche Haltung dahinter. Aber trotzdem ist es unbestritten, Herr Allenspach, dass diese Medikamente wirken.

Meine Erfahrung in meiner Praxis ist die – obwohl ich nicht Alternativmedizinerin bin; ich mache klassische Medizin –, dass sehr viele Leute heute aus Verunsicherung zum Arzt kommen und erwarten, dass er ihnen ein Medikament gibt. Wenn sehr viele Leute alternative, homöopathische Medikamente möchten, finde ich es richtig, dass man ihnen statt teurerer Mittel diese Medikamente gibt, die nachweislich günstiger sind und die Eigenkräfte der Patienten zur Heilung ihres Leidens fördern.

Ich möchte Sie deshalb wirklich bitten, in Artikel 7 den Absatz 3 zu streichen, wie es auch die Mehrheit will.

Präsident: Die CVP-Fraktion teilt mit, dass sie die Kommissionmehrheit unterstützt.

Frau Dormann, Berichterstatterin: Wir haben eben in Artikel 7 in den Absätzen 1 und 2 die Krankenkassen verpflichtet, während der zweijährigen Uebergangsfrist in der Grundversicherung nur noch die gesetzlich geregelten Pflichtleistungen zu übernehmen.

Die Kommission hat mit 18 zu 4 Stimmen den Absatz 3 von Artikel 7 gestrichen. Gründe:

1. Die Kommission wollte in ihrer Mehrheit dadurch grundsätzlich alle Heilmittel in der Grundversicherung belassen, auch jene, die nicht auf der Arzneimittel- oder Spezialitätenliste figurieren. Die Kommissionmehrheit war überzeugt, dass man mit einem solchen Eingriff als Gesetzgeber in die ärztliche Kunst eingreifen würde. Was soll ein Arzt tun, wenn das nach seiner fachlichen Meinung richtige Medikament zu jenen gehört, welche nicht auf der Arzneimittelliste enthalten sind? Soll er dann ein falsches Medikament wählen, welches auf der Liste ist? Oder soll er dem Patienten sagen, dass er es selbst bezahlen müsse?

2. Zu den nicht in der Spezialitätenliste aufgeführten Medikamenten gehören zu einem wesentlichen Teil die Naturheilmittel. Durch die Beschränkung der Grundversicherung auf die in der Spezialitätenliste aufgeführten Medikamente würde die Gefahr bestehen, dass Naturheilmittel oder homöopathische Mittel durch schulmedizinische Pharmaka ersetzt würden. Das wäre aus gesundheitspolitischer und sparpolitischer Sicht nicht wünschenswert. Mit der homöopathischen Behandlung ist nicht die Quacksalberei gemeint, sondern die Naturheilmedizin, welche durch Fachärzte geleitet wird.

3. Die Krankenkassen selbst stellen fest, dass die meisten naturheilkundlichen Diagnose- und Therapieverfahren weit kostengünstiger sind als die schulmedizinischen Verfahren. Sie machen die Feststellung, dass optimale Heilerfolge nur zu erzielen sind, wenn sowohl die Schulmedizin als auch die Alternativmedizin nebeneinander und einander ergänzend zur Anwendung kommen können.

Da die meisten Versicherten nur für Grundleistungen der Krankenkasse versichert sind, dürfen nach Meinung der Kommissionmehrheit keine Medikamente aus den Pflichtleistungen der Krankenkassen gestrichen werden. Wenn Sie Artikel 7 Absatz 3 aufrechterhalten, laufen Sie damit Gefahr, eine Zweiklassenmedizin einzuführen, und die Konsequenzen für die Alternativmedizin sind nicht abschätzbar. Zudem würde dem Arzt der Behandlungsspielraum eingeschränkt.

Ich bitte Sie namens der grossen Mehrheit der Kommission, den Minderheitsantrag Allenspach abzulehnen und Absatz 3 zu streichen.

Frau Hafner Ursula: Auch der SP-Fraktion liegt viel daran, dass wir den Absatz 3 von Artikel 7 streichen. Er geht in die falsche Richtung. Er begünstigt die falschen Leute, und er trifft die falschen Leute. Er begünstigt die Vertreter der Schulmedizin und bestraft die Patientinnen und Patienten, welche bei sanfteren Methoden Zuflucht suchen. Es geht uns nicht um

eine De-luxe-Versorgung, wie Herr Allenspach meint, sondern um alternative Methoden.

Sie haben es gehört: Wir sollten mit diesem dringlichen Bundesbeschluss kein falsches Signal setzen. Wir sollten auch den Zweck dieses Bundesbeschlusses nicht verfehlen. Das täten wir aber mit diesem Absatz 3, und zwar aus zwei Gründen: 1. Die Kosten oder die Prämien für die Versicherten, die homöopathische oder Naturheilmittel vorziehen, würden weiter in die Höhe getrieben, wenn wir sie dazu zwingen würden, entweder ihre Heilmittel selber zu bezahlen oder eine Zusatzversicherung abzuschliessen.

2. Die Bestimmung in Absatz 2 ist nicht als Massnahme gegen die Mengenausweitung geeignet. Sie wird nämlich einen Teil der Versicherten dazu bringen, auf die gängigen Medikamente umzusteigen. Sie haben schon gehört, dass diese in der Regel teurer sind.

Ich denke, wir sollten es den Krankenkassen überlassen, welche Arzneimittel sie übernehmen wollen. Wir sollten sie sogar dazu anhalten, kostengünstigeren Behandlungsmethoden und Medikamenten nachzuspüren und sie aktiv zu fördern. Die Krankenkassen haben Vergleichsmöglichkeiten. Sie müssten aufklären, informieren, wenn nötig sogar Druck ausüben. In der «Pharma Information» vom Juni 1992 steht, der Zuwachs der gesamten Medikamentenverkäufe habe zwischen 1980 und 1991 81,5 Prozent betragen. Das entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Preissteigerungsrate von 7,4 Prozent. Ein Teil dieses Zuwachses wird in derselben Broschüre mit einer Verschiebung des ärztlichen Verschreibungsverhaltens in Richtung auf anspruchsvollere und damit zu meist auch teurere Präparate erklärt. Dieser Tendenz müssten die Krankenkassen entgegenwirken.

Ein weiteres Mittel gegen die Mengenausweitung wäre eine Verminderung der Abhängigkeit von den Ärzten. Was spricht eigentlich dagegen, dass wir unserer Bevölkerung so viel Mündigkeit zutrauen, wie zum Beispiel der Bevölkerung Italiens zugetraut wird? Warum können wir sie nicht in höherem Masse selber darüber entscheiden lassen, welche Arzneimittel sie in der Apotheke kaufen will? Beschränken wir die Rezeptpflicht auf das ärztlich Notwendige! Schicken wir die Leute nicht unnötigerweise in die Wartezimmer der Aerzte! Oft wissen sie selber, was sie brauchen, oder es genügt, wenn sie sich von den Fachleuten in der Apotheke beraten lassen. Durch die Selbstmedikation könnte mancher Arztbesuch eingespart werden, und das wäre ein echter Beitrag zur Kostendämpfung.

Die Begünstigung der schulmedizinischen Arzneimittel auf Kosten der komplementärmedizinischen ist hingegen kein tauglicher Beitrag. Ich verstehe schon, dass uns die Pharmaindustrie in einem Schreiben die ständerrätliche Lösung empfiehlt – sie bekäme damit einen Wettbewerbsvorteil. Aber dieser Bundesbeschluss darf nicht dazu herhalten, der Schulmedizin einen möglichst grossen Anteil am Arzneimittelkuchen zu sichern und die Patientinnen und Patienten für die sanfteren Heilmittel selber bezahlen zu lassen. So würde indirekt das Geld aus der Tasche der Patienten in die Tasche der Pharma-Industrie geleitet, und das ist nicht der Zweck der Übung.

Ich bitte Sie deshalb, von der untauglichen und ungerechten Massnahme, die Herr Allenspach verteidigt, Abstand zu nehmen und der Kommissionmehrheit zuzustimmen.

M. Philippona, rapporteur: Je précise que la lettre f de l'alinéa 2 doit remplacer l'alinéa 3, si vous adoptez la proposition de la majorité de la commission, c'est-à-dire en biffant l'alinéa 3.

Je vous demande au nom de la majorité de la commission de biffer l'alinéa 3, la lettre f sera alors, de fait, adoptée.

Bundesrat Cotti: Der Bundesrat bittet Sie, dem Antrag der Mehrheit der Kommission zu folgen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit

78 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit

39 Stimmen

Art. 8*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 8a (neu)*Antrag der Kommission**Mehrheit*

Ablehnung des Antrages der Minderheit

Minderheit

(Bortoluzzi, Daepf, Jäggi Paul)

Titel

Kontrolle

Wortlaut

Das Departement lässt verwaltungsunabhängig Abklärungen über die ökonomische Arbeitsweise der Leistungserbringer durchführen. Krankenkassen und Patientenorganisationen sind einzubeziehen. Die Resultate sind öffentlich bekanntzugeben.

Art. 8a (nouveau)*Proposition de la commission**Majorité*

Rejeter la proposition de la minorité

Minorité

(Bortoluzzi, Daepf, Jäggi Paul)

Titre

Contrôle

Texte

Le département fait procéder, de manière indépendante de l'administration, à des évaluations du caractère économique des méthodes de travail des fournisseurs de prestations. Les caisses-maladie et les organisations de patients y sont associées. Les résultats sont rendus publics.

Bortoluzzi, Sprecher der Minderheit: Ich habe manchmal den Eindruck, dass unser Gesundheitswesen von einem geschlossenen Interessenkreis gebildet wird, der eine gewisse Eigendynamik entwickelt hat, die in den vergangenen Jahren ausser Kontrolle geraten ist. Niemand von den direkt Beteiligten ist allzusehr daran interessiert, etwas gegen eine unwirtschaftliche Entwicklung zu unternehmen. Auch dieser Beschluss versucht nicht, aus diesem Interessenkreis ein Stück herauszubrechen.

Wir haben ein gutes Gesundheitswesen, und es geht ja niemals darum, dieses schlecht oder auch nur weniger gut zu machen. Anzustreben ist ein wirtschaftliches Optimieren, und das – glaube ich – ist ohne Qualitätsverlust möglich. Hier liegen die Sparmöglichkeiten, die wirklich kostendämpfenden Massnahmen.

In dieser Richtung zielt denn auch mein Minderheitsantrag. Es soll eine Erfolgskontrolle auf ökonomisch-medizinischer Ebene möglich sein. In meinem Betrieb ist das sehr einfach. Mein Zahltag (gleich Geschäftsergebnis) gibt darüber Auskunft. Teilweise wäre dies auch im Gesundheitswesen möglich; aber das vertagen wir auf die Gesetzesrevision.

Weil heute das Marktelement völlig fehlt, versuche ich mit meinem Minderheitsantrag, den fehlenden natürlichen Marktdruck durch einen gewissen Oeffentlichkeitsdruck zu ersetzen, immer mit dem Ziel, eine unnötige Uebersorgung zu bekämpfen. Es ist meines Erachtens ein neues, sehr einfach zu handhabendes Element. Statistische Vergleiche ergeben heute im stationären wie im ambulanten Bereich unerklärliche Unterschiede. Durch eine Kontrolle, deren Ergebnisse öffentlich bekanntgemacht werden, wird doch wohl auf die Leistungserbringer auch ein gewisser Leistungsdruck entstehen, ein Leistungsdruck insofern, als es zu unnötiger medizinischer Uebersorgung gar nicht mehr kommen soll. Es ist mir klar, dass eine solche Kontrolle nur stichprobenartig und nicht etwa flächendeckend erfolgen kann. Aber immerhin kann damit

eine gewisse Vorsicht und freiwillige Ueberprüfung der Arbeitsweise von seiten der Leistungserbringer erreicht werden. Ich bitte Sie, meinem Minderheitsantrag zuzustimmen.

Frau Gonseth: Die grüne Fraktion stimmt dem Antrag der Kommissionsminderheit zu. Es ist in der Tat so, dass Wirtschaftlichkeitsstudien im Gesundheitswesen nur lückenhaft vorhanden sind. Bei der Füllung dieser Lücken ist es wichtig, dass besonders auch Patientenorganisationen einbezogen werden. Wenn die Gesundheitspolitik grösstenteils von den kapitalkräftigen Leistungserbringern gemacht wird, so dürfen wir über die bisherige Entwicklung nicht erstaunt sein.

Relativ wenige Beteiligte nehmen die Resultate von repräsentativen Umfragen zur Kenntnis. Oder wissen Sie zum Beispiel, dass 78 Prozent der Leute, die im Rahmen einer Infoluisse-Studie befragt worden sind, der Meinung sind, die Alternativmedizin solle gefördert werden, weil sie ganzheitlicher und kostengünstiger sei? Doch diese Umfragen werden nicht zur Kenntnis genommen, und deshalb müssen endlich Studien gemacht werden, bei denen alle Beteiligten einbezogen werden.

Wir unterstützen deshalb den Minderheitsantrag Bortoluzzi.

Frau Daepf: Die SVP-Fraktion ist bereit, diesen Minderheitsantrag zu unterstützen. Wir sind uns einig, dass wir alles daran setzen müssen, unsere Kosten senken zu können. Deshalb stimmen wir dem Minderheitsantrag Bortoluzzi zu, welcher über die ökonomische Arbeitsweise aller Betroffenen Aufschluss geben würde. Da die Resultate veröffentlicht werden, gewinnt der Antrag an Gewicht. Eine Aufklärungskampagne im Kanton Tessin zeigte, dass bis zu 25 Prozent an Gesundheitskosten eingespart werden können. Da wir damit rechnen, dass wir in zirka zwei Jahren über eine Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes befinden werden, wäre die Zeit günstig, den Versuch zu wagen und etwas Neues auszuprobieren.

Die SVP-Fraktion bittet Sie, den Minderheitsantrag zu unterstützen.

Präsident: Die FDP-Fraktion lässt mitteilen, dass sie den Antrag der Kommissionsminderheit ablehnt.

Sieber: Die LdU/EVP-Fraktion unterstützt den Minderheitsantrag.

Mit beredten Worten haben wir Kostenmassnahmen diskutiert und beschlossen. Wir haben generelle Lösungen getroffen, sozusagen Massnahmen im Giesskannensystem verordnet, unabhängig davon, ob der einzelne Arzt kostenbewusst oder übermässig behandelt, ob die einzelnen Spitäler effizient oder kostenintensiv therapieren. Diese Vorwürfe können kommen. Aber wir haben noch zuwenig Instrumente, um die Kosten gezielt zu überprüfen. Bis zur KVG-Revision sollen wir aber Hinweise haben, wo mit Kostendämpfungsmassnahmen auch wirklich wirksamere und wirtschaftlichere Medizin herbeigeführt werden kann.

Viele der Massnahmen, die wir heute beschlossen haben, könnten Aerzte veranlassen, mehr Leistungen zu erbringen. Eine Uebersorgung der Bevölkerung ist aber nicht nur kostensteigernd, sondern für die Patienten unangenehm oder sogar gefährlich. Auch hier sind es wieder die Rentner und die Hochbetagten, welche in erster Linie gefährdet sind. Denn hier achtet ja kein Arbeitgeber darauf, dass sich der Patient rechtzeitig zurückmeldet. Viele Anrufe von Angehörigen bei den schweizerischen Patientenorganisationen zeigen zum Beispiel, dass schon heute ältere Kranke teilweise medizinisch eindeutig überversorgt werden.

Wie kann sich der einzelne gegen die Uebersorgung wehren? Indem er sich besser informieren kann. Er sollte wissen, wie lange bei den häufigsten Diagnosen jeweils der Spitalaufenthalt durchschnittlich dauert. Frauen mit Frauenleiden müssen davon in Kenntnis gesetzt werden, dass in ihrem Kanton überdurchschnittlich häufig Gebärmutteroperationen durchgeführt werden usw.

Der Tessin hat als Pionierkanton bewiesen, dass solche wirtschaftlichen Vergleiche und die Orientierung der Oeffentlich-

keit zu einem Rückgang der Operationen um ein Viertel geführt haben.

Wir brauchen deshalb Artikel 8a (neu) aus allen erwähnten Gründen heute schon und nicht erst morgen.

Frau **Dormann**, Berichterstatterin: Den Antrag Bortoluzzi haben wir in der Kommission mit 9 zu 3 Stimmen bei 4 Enthaltungen abgelehnt. Obwohl er ein berechtigtes Anliegen zum Inhalt hat, gehört er nicht in einen dringlichen Bundesbeschluss, der nur für zwei Jahre Gültigkeit haben wird.

Ich bitte Sie namens der Kommission, den Minderheitsantrag Bortoluzzi abzulehnen.

M. **Philippa**, rapporteur: Les propositions de la minorité Bortoluzzi vont certainement dans une bonne direction: faire évaluer les caractères économiques des prestataires de santé est une bonne solution. Si la commission vous propose de la refuser par 9 voix contre 3, c'est uniquement parce qu'elle juge qu'elle n'est pas à sa place ici, dans un arrêté urgent, et qu'une telle disposition est une disposition typique de la loi qui sera examinée prochainement.

Bundesrat **Cotti**: In der Kommission habe ich die Grundhaltung der Kommissionsmehrheit unterstützt und gesagt, der Antrag Bortoluzzi gehöre in die Totalrevision. Ich kann hinzufügen: Die Totalrevision sieht etwas Ähnliches vor. Ich muss aber zugeben, dass der Minderheitsantrag Bortoluzzi von der Materie her absolut gerechtfertigt ist. Sollten Sie ihn annehmen, würde das nichts an der Systematik des Bundesbeschlusses ändern. Es ist eine zusätzliche vorgezogene Überprüfung, die man ohne weiteres vornehmen könnte.

Ich nehme noch zu zwei anderen Fragen kurz Stellung, denn ich glaube, ich werde nachher nicht mehr das Wort ergreifen. Sie haben auch Artikel 8 mit dem wunderbaren Titel «Kantonale Planungen» angenommen. Wer könnte gegen den Inhalt von Artikel 8 antreten? Aber lassen Sie mich hinzufügen: Er ist rein deklarativ, es ist eine schöne Einladung an die kantonalen Planungen. Solche Einladungen werden seit Jahrzehnten gemacht; das Resultat kennen wir. Man darf in diesem Artikel 8 nicht mehr sehen als eine schöne Deklaration.

Ich wünsche mir im weiteren im Interesse aller, insbesondere im Interesse unserer Krankenkassen, dass jetzt, wo der Nationalrat seine Arbeit praktisch abschliesst, die Möglichkeit besteht, den Bundesbeschluss zum Ende dieser Session über die Bühne zu bringen. Es wäre nämlich verheerend, wenn eine Verspätung um drei Monate bewirken würde, dass die Krankenkassen in die Unsicherheit geraten, wie sie ihre Prämien für das nächste Jahr gestalten sollen. Selbstverständlich kann niemand Unmögliches verlangen; aber sollte es den beiden Räten möglich sein, so wäre es sehr ratsam und sehr bedeutungsvoll, dass der Beschluss möglichst noch in dieser Session durchgezogen wird.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit
Für den Antrag der Mehrheit

65 Stimmen
25 Stimmen

Art. 9

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag Epiney

Abs. 3

.... längstens jedoch bis zum 31. Dezember 1993.

Art. 9

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition Epiney

Al. 3

.... mais au plus tard au 31 décembre 1993.

Abs. 1 – Al. 1

Angenommen – Adopté

Abs. 2 – Al. 2

Präsident: Die Beratung über diesen Absatz wird bis nach Bereinigung der Differenzen mit dem Ständerat ausgesetzt.

Verschoben – Renvoyé

Abs. 3 – Al. 3

M. **Epiney**: La santé est malade de ses coûts, tout le monde en convient. Cependant, la gangrène s'est infiltrée progressivement aussi bien dans les maillons de la responsabilité, que dans les maillons de la solidarité. Chaque acteur se renvoie la balle et accuse son partenaire d'être la cause principale de la hausse vertigineuse des coûts. Mon hôpital coûte cher, donc j'occupe davantage et plus longtemps les lits. Mes cotisations de caisse-maladie sont élevées, donc j'ai le droit de profiter des prestations médicales. Mon cabinet médical dispose de moyens performants et coûteux, donc je dois le rentabiliser. Ma caisse-maladie doit attirer le maximum d'assurés, donc elle se montre généreuse et souvent laxiste dans la gestion de l'argent des autres. Telle est laconiquement l'équation à résoudre.

Mais il est illusoire de croire que des mesures drastiques et surtout uniformes soient efficaces et équitables, comme celles que nous adoptons en ce moment, notamment lorsqu'elles frappent les médecins dits sociaux, dont chacun sait que leurs revenus sont plus que décents par rapport aux autres. Une telle médecine est frappée injustement. Les AFU nous donnent bonne conscience et ils sont surtout révélateurs de notre impuissance à fixer des priorités dans notre travail. Le peuple a accepté la réforme du Parlement avec une clairvoyance inattendue, mais aussi un très grand espoir. Il attend de nous célérité et concentration sur des projets urgents et le salut passe dès lors par la seule et unique révision de la loi sur l'assurance-maladie. Réforme qui est prête, qui a fait l'objet d'un examen approfondi de la part de la commission des Etats et dont nous avons d'ailleurs déjà discuté, à plusieurs reprises, dans le cadre de l'examen des différents AFU. Les assurés escomptent de nous une position courageuse et nous devons dès lors accorder la priorité à cette matière, à cette réforme et nous sommes capables, comme nous l'avons fait pour Eurolex, de régler la réforme de l'assurance-maladie d'ici la fin 1993. Les problèmes sont connus, les solutions aussi, ce qui manque c'est le courage politique, car il va nous obliger à viser non seulement certains boucs émissaires, mais tous les acteurs de la santé, qui comme vous le savez, ont tous intérêt à obtenir un maximum de prestations en invoquant la responsabilité de l'autre partenaire. Limitons ces AFU à fin 1993, afin de nous obliger à être rapides dans notre travail et à accorder la priorité à un sujet qui est urgent et dont le peuple attend que nous en fassions un règlement rapide!

M. **de Dardel**: Le groupe socialiste vous demande de ne pas accepter la proposition de M. Epiney et de ne pas créer une divergence supplémentaire avec le Conseil des Etats.

M. Epiney souhaite créer une contrainte qui obligerait le Parlement à voter, dans les mois qui viennent, une révision définitive de l'assurance-maladie. Nous pensons que M. Epiney se fait des illusions et que, de toute façon, sa proposition n'est pas efficace. Il est en effet trop facile pour le Parlement de contourner le dispositif préconisé par M. Epiney et de prendre si nécessaire, en 1993, un nouvel arrêté urgent pour 1994. Nous avons fait maintenant l'expérience d'un arrêté transitoire limité à un an seulement; en l'occurrence, expérience difficile et pénible qui ne devrait pas être renouvelée.

Au surplus, la proposition de M. Epiney est en totale contradiction avec la systématique que nous avons adoptée dans notre délibération. En effet, l'article premier, très discuté par notre Chambre, règle la question des tarifs pour deux ans, et la proposition de M. Epiney est tout à fait contradictoire avec la solution que nous avons adoptée.

Pour des raisons de cohérence, nous devons donc en rester au texte préconisé par notre commission.

Frau Heberlein: Zum Antrag Epiney zur Befristung auf ein Jahr möchte ich in meinem persönlichen Namen erklären, dass ich ihm zustimmen kann.

Die einzige Begründung der Befristung auf zwei Jahre ist nämlich die, dass bis dahin die Gesetzesrevision über die Bühne gegangen sein soll. Dass dies eine Utopie ist, dessen sind wir uns wahrscheinlich alle bewusst. Wenn wir jedes Jahr wieder über die Kosten im Gesundheitswesen diskutieren, kommen wir vielleicht endlich einmal zu einem Beschluss, der diese zu dämpfen vermag.

Frau Dormann, Berichterstatterin: Herr Epiney, der Grossteil der Parlamentarier und Parlamentarierinnen bedauert, dass wir den letzten dringlichen Bundesbeschluss statt auf drei Jahre nur auf ein Jahr befristet haben. Wir hätten uns sonst nämlich die Arbeit heute ersparen können.

Es ist aber Absicht, Meinung und Wunsch, dass die Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes bis Ende 1994 abstimmungsreif ist. Entsprechend dem Terminplan sollte die Totalrevision am 1. Januar 1995 in Kraft gesetzt werden können. Deshalb ist es richtig, heute diesen Bundesbeschluss auf zwei Jahre zu befristen, um nicht in einem Jahr wieder von vorne beginnen zu müssen.

Im übrigen bitte ich Sie namens der Kommission, in der Schlussabstimmung diesem Beschlussentwurf zuzustimmen. Die Kommission hat ihm mit 14 zu 2 Stimmen, bei 2 Enthaltungen zugestimmt.

M. Cotti, conseiller fédéral: Le Conseil fédéral avait prévu deux ans, car il était et est toujours d'avis qu'avec de la bonne volonté – que nous présumons toujours – on devrait pouvoir arriver à réaliser la révision totale d'ici deux ans. Sauf erreur, la proposition de M. Epiney aurait pour effet que vous devriez débattre l'année prochaine d'un nouvel arrêté fédéral urgent. Or, ce n'est certainement pas ce que vous voulez. Essayons donc de préciser maintenant le délai de façon à être un peu plus réalistes, tout en restant optimistes. Une année, c'est tout à fait insuffisant pour achever la révision définitive.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission	70 Stimmen
Für den Antrag Epiney	52 Stimmen

Frau Heberlein: Nach Abschluss der Beratungen über diese Vorlage möchte ich folgende Erklärung der Fraktion abgeben: So, wie er jetzt vorliegt, greift der Beschluss dirigistisch in das Preis- und Taxgefüge sowie in die Kompetenzen der Kantone ein. Wir gefährden damit die heutige, qualitativ gute medizinische Versorgung für alle Versicherten und fördern eine Zweiklassenmedizin. Wir sparen keinen Franken und dämpfen die Kosten in keiner Art und Weise, sondern schaffen einen Nachholbedarf für alle Beteiligten, der sich für die KVG-Revision äusserst nachteilig auswirken wird. Wir verhindern – dies scheint uns das Wesentlichste zu sein – jeden Anreiz zu kostengünstigem Verhalten aller Anbieter im Gesundheitswesen. Alle kurzfristig realisierbaren und unbestrittenen Sparmassnahmen haben wir abgelehnt, dies in einer finanzpolitisch äusserst schwierigen Lage auch der Kantone und der Gemeinden. Wir führen die Krankenkassen in einen finanziellen Engpass und gefährden deren Existenz und damit auch die der Versicherten. Statt zu sparen, haben wir noch Gutachteraufträge erteilt und den Kassen auferlegt, ihre Leistungen auszuweiten.

Aus diesen Gründen lehnt die FDP-Fraktion diesen Bundesbeschluss in der Schlussabstimmung klar ab.

Rychen: Wir haben die Mengenausweitung mit diesem Bundesbeschluss nicht bekämpft. Wir haben die Leistungserbringer nicht dazu gezwungen, für das Jahr 1993 einen echten Tarif- und Preisstopp zu befolgen. Wir haben in diesen Beratungen beschlossen, einen Prämienstau und damit einen Kostenstau vorzunehmen. Damit haben wir die falsche Hoffnung geweckt, wir hätten eine Kostendämpfung erreicht. Das Gegen-

teil ist der Fall: Später werden die Versicherten eine viel stärkere Prämienhöhung ertragen müssen. Wir meinen, dass dieser Beschluss zu einer Alibiübung verkommen ist. Die SVP-Fraktion lehnt diese Vorlage ab.

Frau Dormann, Berichterstatterin: Ich muss nochmals darauf hinweisen, dass die Kommission diesem Bundesbeschluss mit 14 zu 2 Stimmen bei 2 Enthaltungen zugestimmt hat. Wir waren der Auffassung, dass der Beschluss sehr ausgewogen ist, dass er in Artikel 5 und 6 die Krankenkassen, in Artikel 7 die Versicherten und in Artikel 1 die Leistungserbringer erfasst. Dadurch wurden alle an der Krankenversicherung beteiligten Personen und Institutionen berücksichtigt, damit auch sie ihren entsprechenden Beitrag zu den Sparmassnahmen leisten können, müssen oder dürfen. Ich bitte Sie dringend, dem Bundesbeschluss zuzustimmen.

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Entwurfes	82 Stimmen
Dagegen	68 Stimmen

An den Ständerat – Au Conseil des Etats

Sechzehnte Sitzung – Seizième séance

Donnerstag, 8. Oktober 1992, Nachmittag
Jeudi 8 octobre 1992, après-midi

15.00 h

Vorsitz – Présidence: Herr Nebiker

92.067

**Krankenversicherung. Massnahmen
gegen die Kostensteigerung 1993–1994.
Bundesbeschluss**

**Assurance-maladie. Mesures
contre l'augmentation des coûts 1993–1994.
Arrêté fédéral**

Differenzen – Divergences

Siehe Seite 2001 hiervor – Voir page 2001 ci-devant
Beschluss des Ständerates vom 8. Oktober 1992
Décision du Conseil des Etats du 8 octobre 1992

Art. 3

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag Zisyadis

Festhalten

Art. 3

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition Zisyadis

Maintenir

Art. 8a

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Frau **Dormann**, Berichterstatterin: Kompromisse sind dazu da, dass sie angewendet werden und auf sie eingegangen wird. Kompromiss heisst wörtlich: Uebereinkunft, Ausgleich, Zugeständnis; es ist also ein Aufeinander-Zugehen, ein Finden von Uebereinkommen auf der Grundlage gegenseitiger Zugeständnisse. Als Richterin erlebe ich immer, dass jene Vergleiche die besten sind, bei denen beide Parteien nicht ganz zufrieden sind. Das trifft auf unser Geschäft «Krankenversicherung, Massnahmen gegen die Kostensteigerung 1993–1994» zu.

Der Ständerat ist in Artikel 1 von seiner Fassung der Preis- und Tarifplafonierung bei den Leistungserbringern weggekommen und dem Nationalrat gefolgt. Nun gilt in Artikel 1 der Preis- und Tarifstopp für die Leistungserbringer, allerdings modifiziert und mit möglichen Ausnahmen für jene Aerzte, die in den Jahren 1990 bis 1992 keine Erhöhung des Taxpunktwertes hatten.

Der Beitrag der nationalrätlichen Kommission an diese Kompromissfindung ist die Zustimmung zu Artikel 3. Dieser Artikel hat den Selbstbehalt für Patienten im stationären Bereich zum Inhalt. Demnach haben Spitalpatienten pro Aufenthaltstag

10 Franken Selbstbehalt zu bezahlen. Dieser Selbstbehalt ist allerdings für ambulante und stationäre Behandlung bei jährlich 500 Franken plafoniert worden, das heisst, wenn ein Patient vor seinem Spitaleintritt während längerer Zeit ambulant behandelt werden musste und ihm aus dieser Behandlung durch den zehnzehnten Selbstbehalt 500 Franken selbsttragende Kosten entstehen, entfällt für ihn der Beitrag von 10 Franken pro Tag. Die obere Limite von 500 Franken gilt für ambulante und stationäre Behandlungen gemeinsam. Es ist die ausdrückliche Meinung der Kommission, dass dieser Selbstbehalt durch die Patienten nicht versichert werden darf. Gemäss Auskunft der Verwaltung ist der zehnzehnte Selbstbehalt in der Grundversicherung nie versicherbar. Diese Praxis wird sich zweifellos auch auf die stationären Eigenleistungen ausdehnen.

Unsere Kommission hat bei Artikel 3 mit 19 zu 0 Stimmen bei 6 Enthaltungen dem Beschluss des Ständerates zugestimmt. Ich bitte Sie sehr, den Antrag von Herrn Zisyadis abzulehnen, der verlangt, Artikel 3 zu streichen.

Artikel 3 ist der Preis, den die Kommission zu bezahlen bereit ist, damit der Bundesbeschluss gegen die Kostensteigerung im Gesundheitswesen überhaupt zustande kommen kann. Ich habe es Ihnen gesagt: Vergleiche und Kompromisse sind selten schmerzfrei. Ich kann Sie aber versichern, dass auch der Ständerat nicht schmerzfrei unserem Artikel 1 zugestimmt hat.

Damit der ganze Bundesbeschluss nicht gefährdet wird, bitte ich Sie namens der fast einstimmigen Kommission, bei Artikel 3 dem Ständerat zu folgen.

Bei Artikel 7 ist der Ständerat dem Beschluss des Nationalrates gefolgt. Demnach bleibt es im Ermessen der Krankenkassen, ihre Leistungen bezüglich Arzneimittel zu erweitern, d. h., die Spezialitätenliste und die Spezialitätenliste sind nicht verbindlich. Die Krankenkassen können und dürfen in der Grundversicherung durch Aerzte verordnete Medikamente übernehmen, die nicht auf der Spezialitätenliste figurieren.

Gestrichen hat der Ständerat Artikel 8a, der das Departement beauftragt hätte, verwaltungsunabhängig Abklärungen über die ökonomische Arbeitsweise der Leistungserbringer durchzuführen; dies unter Einbezug der Krankenkassen und Patientenorganisationen. Dieser Streichungsantrag wurde im Plenum des Ständerates mit 15 zu 5 Stimmen bei 5 Enthaltungen zum Beschluss erhoben.

Die nationalrätliche Kommission stimmte diesem Beschluss des Ständerates zu, will aber das Anliegen als Kommissionspostulat aufrechterhalten. Mit 20 zu 1 Stimmen bei 4 Enthaltungen bittet Sie die Kommission, dem Postulat (Ad 92.067) im Sinne von Artikel 8a zuzustimmen.

M. Philippona, rapporteur: Ce matin, le Conseil des Etats s'est rallié sans discussion à notre décision d'hier sur l'article premier. C'est là un pas de géant en direction de notre conseil. A l'article 3, par contre, il a maintenu la divergence, et ce, par 34 voix contre 9. Notre commission veut aussi faire sa part en direction du consensus. Elle propose donc, par 19 voix contre zéro et 6 abstentions, de se rallier à la décision du Conseil des Etats.

Au sujet de l'article 3, je tiens à préciser que des assurances de l'OFAS ont été données en ce sens que les 10 francs de contribution prévus à cet article ne sont pas assurables. Ce point est important, car, sans cela, les cotisations des caisses-maladie augmenteraient, ce qui annulerait les effets de cet article.

Si nous voulons terminer l'examen de cet arrêté encore durant la présente session, nous devons absolument éliminer les divergences avec le Conseil des Etats, cet après-midi. Je vous rappelle que, pour les caisses-maladie, mais aussi pour les cantons et pour tous ceux qui sont concernés par les conséquences de ces mesures, il est impératif de connaître suffisamment tôt quelles conditions seront valables au 1er janvier 1993.

Il s'agit là d'un compromis, mais c'est la seule et unique façon d'aboutir à une acceptation de cet arrêté, demain matin. Je vous rappelle que cet instrument n'est valable que pour une durée de deux ans, après quoi il sera remplacé par la nouvelle loi que chacun a appelée de ses vœux durant ce débat.

Au nom de la commission et avec une grande diversité de raisons, je le concède, je vous demande de vous rallier à la décision du Conseil des Etats et de repousser la proposition Zisyadis. La commission vous présentera par la suite un postulat appelé à remplacer l'article 8a que notre conseil a accepté hier et que le Conseil des Etats a refusé par 28 voix contre 6. En effet, notre commission jugeant cette proposition très intéressante en vue de la révision totale de la loi, elle désire la transformer en postulat, ce qu'elle vous propose par 20 voix contre 1 et 4 abstentions.

M. Zisyadis: Rassurez-vous, je n'ai nullement l'intention de refaire le débat sur la taxe hospitalière. Les opinions sont connues de part et d'autre. Je monte simplement aux barricades, en constatant comment, dans un premier temps, certains d'entre vous ont relevé les manches avec raison et comment maintenant les mêmes baissent les bras face à la situation. C'est à vous en priorité, parlementaires démocrates-chrétiens, verts et socialistes, que je m'adresse. Comment pouvez-vous prêter main-forte à ce marchandage du Conseil des Etats qui va définitivement pénaliser les malades, notamment les plus défavorisés de la population, les plus âgés? Car vous savez pertinemment qu'en acceptant maintenant cette taxe hospitalière dans le cadre des mesures urgentes que nous allons adopter, vous l'admettez presque automatiquement pour la révision de la LAMA qui se fera plus tard.

Je vous invite à la réflexion, à tenir bon et à confirmer les options premières que nous avons prises. Nous pouvons parfaitement renvoyer une fois de plus le projet au Conseil des Etats. Nous ne courons aucun risque, ou si nous en courons un, c'est celui de ne pas nous déjuger face à la population qui a assez payé la faillite de notre système d'assurance-maladie. Depuis longtemps, il n'y a plus de symétrie des sacrifices!

Frau Dormann, Berichterstatterin: Nur mit dem Entgegenkommen von beiden Räten – der Ständerat bei den Artikeln 1 und 7, der Nationalrat bei den Artikeln 3 und 8a – kann der Kompromiss zustande kommen und mit ihm auch der Bundesbeschluss gegen die Kostensteigerung im Gesundheitswesen. Er verlangt von beiden Seiten Opfer. Ich wage zu behaupten, dass sich somit die Opfersymmetrie zwischen Leistungserbringern, Krankenkassen und Versicherten in diesem Bundesbeschluss auch auf die Parlamentarier und Parlamentarierinnen ausgeweitet hat.

Ich bitte Sie dringend, Artikel 3 – auch wenn Sie dabei Schmerzen verspüren – zuzustimmen, damit der Bundesbeschluss heute spruchreif verabschiedet werden kann.

Bundesrat Cotti: Zum voraus: Der Bundesrat stimmt den Anträgen der Kommission zu.

Gestatten Sie mir noch drei Schlussbemerkungen. Die erste ist ein echter Dank an das Parlament: Sie waren mit einer unverhältnismässig grossen Belastung konfrontiert – ich denke an die ganze Eurolex –, und Sie waren in der Lage, diesen Ueberbrückungsbeschluss sehr schnell einer einvernehmlichen und letzten Endes doch zufriedenstellenden Lösung zuzuführen. Ihre Leistung ist sicher sehr anerkennenswert.

Die zweite Bemerkung betrifft Artikel 1. Wenn mich nicht alles täuscht, ist es das erste Mal, dass institutionell von den Leistungserbringern ein gewisses kleines Opfer verlangt wird. Diese Leistung, die doch eine gewisse geschichtliche Bedeutung hat, wenn man an die Zukunft denkt, muss ich anerkennen, auch wenn die Ausnahmen, die hier gewährt werden, für den Bundesrat etwas weit gehen. Wir werden aber bei der Beurteilung der Ausnahmen die einzelnen Bedingungen von Artikel 1 Absatz 2 unter die Lupe nehmen.

Dritte Bemerkung: Artikel 3 ist nicht ganz nach dem bundesrätlichen Vorschlag gelöst worden. Wenn ich aber an die besonders in der ständerätlichen Kommission gemachten Vorschläge und an die Opfer, die von den Patienten verlangt wurden, denke – es ging um Hunderte von Millionen, wenn nicht um Milliarden Franken –, so sind die verlangten 100 Millionen Franken wenig. Damit hat das Parlament, insbesondere dank dem Nationalrat, eine vernünftige Lösung gefunden. Ich hoffe, dass diese Lösung den Erwartungen ent-

spricht. Wir werden auf diese Problematik zurückkommen, wenn die Ergebnisse des Bundesbeschlusses in Zahlen vorliegen, sowie bei der Totalrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung.

Art. 3

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission
Für den Antrag Zisyadis

92 Stimmen
21 Stimmen

Art. 8a

Angenommen – Adopté

An den Ständerat – Au Conseil des Etats

Ad 92.067

Postulat der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit Ökonomische Arbeitsweise. Abklärungen

Postulat de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique Caractère économique des méthodes de travail. Evaluation

Wortlaut des Postulates vom 8. Oktober 1992

Das Departement lässt verwaltungsunabhängig Abklärungen über die ökonomische Arbeitsweise der Leistungserbringer durchführen. Krankenkassen und Patientenorganisationen sind einzubeziehen. Die Resultate sind öffentlich bekanntzugeben.

Texte du postulat du 8 octobre 1992

Le département fait procéder, de manière indépendante de l'administration, à des évaluations de caractère économique des méthodes de travail des fournisseurs de prestations. Les caisses-maladie et les organisations de patients y sont associées. Les résultats sont rendus publics.

Ueberwiesen – Transmis

92.067

**Krankenversicherung. Massnahmen
gegen die Kostensteigerung 1993–1994.
Bundesbeschluss**

**Assurance-maladie. Mesures
contre l'augmentation des coûts 1993–1994.
Arrêté fédéral**

Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence

Stehe Seite 2087 hiervor – Voir page 2087 ci-devant
Beschluss des Ständerates vom 9. Oktober 1992
Décision du Conseil des Etats du 9 octobre 1992

M. Deiss: Tel qu'il est ressorti de nos délibérations, le texte de l'arrêté ne correspond pas tout à fait à la version idéale que le groupe démocrate-chrétien aurait souhaitée. En vote final, nous voterons néanmoins l'urgence et le projet. C'est là, à notre avis, le prix à payer pour un compromis. Nous attendons de la part des autres partis, notamment de nos partenaires au gouvernement, le même esprit de conciliation. Nous n'avons pas à rougir, je crois, de pratiquer la politique de la concordance, au moment où l'urgence de la question réclame des mesures. Celles que nous prenons permettent de franchir le temps qui nous sépare de la mise en vigueur de la révision totale. La responsabilité, en cas de refus, soit de l'urgence soit du projet au moment du vote final, serait assumée, selon nous, par ceux qui en auront pris la décision.

Namentliche Abstimmung – Vote par appel nominal

Für Annahme der Dringlichkeitsklausel stimmen die folgenden Ratsmitglieder:

Acceptent la clause d'urgence:

Aguet, Aubry, Baumann, Baumberger, Bäumlín, Béguelin, Bircher Peter, Bircher Silvio, Bischof, Blatter, Bodenmann, Borel François, Borradori, Brügger Cyrill, Brunner Christiane, Bühlmann, Bundi, Bürgi, Caccia, Camponovo, Carobbio, Caspar-Hutter, Chevallaz, Columberg, Comby, Cotti, Couchepin, Danuser, Darbellay, de Dardel, David, Deiss, Diener, Dormann, Ducret, Dünki, Duvoisin, Eggenberger, Eggly, Engler, Epiney, Etique, Eymann Christoph, Fankhauser, Fasel, von Felten, Fischer-Sursee, Frey Claude, Früh, Gardiol, Gobet, Goll, Gonseth, Grendelmeier, Gros Jean-Michel, Gross Andreas, Grossenbacher, Guinand, Häring Binder, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Haller, Hämmerle, Heberlein, Herczog, Hess Peter, Hildbrand, Hollenstein, Hubacher, Iten Joseph, Jaeger, Jäggi Paul, Jeanprêtre, Jöri, Keller Anton, Keller Rudolf, Kühne, Ledergerber, Leemann, Leu Josef, Leuba, Leuenberger Ernst, Leuenberger Moritz, Maeder, Maitre, Mamie, Marti Werner, Maspoli, Matthey, Mauch Ursula, Meier Hans, Meyer Theo, Misteli, Nabholz, Narbel, Nebiker, Oehler, Philippo, Pidoux, Poncet, Raggenbass, Rebeaud, Rechsteiner, Robert, Rohrbasser, Ruckstuhl, Ruf, Ruffy, Savary, Scheidegger, Scherrer Werner, Scheurer Rémy, Schmid Peter, Schmidhalter, Schnider, Segmüller, Seiler Rolf, Sieber, Stalder, Stamm Judith, Steffen, Steiger, Strahm Rudolf, Suter, Theubet, Thür, Tschäppät Alexander, Tschopp, Vollmer, Wanner, Weder Hansjürg, Wick, Wiederkehr, Wittenwiler, Ziegler Jean, Züger, Zwahlen, Zwuygart (138)

Dagegen stimmen die folgenden Ratsmitglieder:

Rejettent la clause d'urgence:

Allenspach, Aregger, Binder, Borer Roland, Bortoluzzi, Bühler Simeon, Bühler Gerold, Cincera, Daepf, Dettling, Dreher, Fehr, Fischer-Hägglingen, Fischer-Seengen, Frey Walter, Fritsch Oscar, Giezendanner, Giger, Gysin, Hegetschweiler, Jenni Peter, Kern, Maurer, Meier Samuel, Miesch, Moser, Mühlmann, Müller, Neuenschwander, Perey, Reimann Maxi-

42

milian, Rutenhauer, Rychen, Scherrer Jürg, Schmied Walter,
Spielmann, Spörry, Stamm Luzi, Steinemann, Stucky,
Tschuppert Karl, Vetterli, Zisayadis (43)

Der Stimme enthalten sich – S'abstiennent:

Friderici Charles, Harl, Loeb François, Mauch Rolf, Sandoz,
Schwab, Sella Hanspeter, Steinegger, Wyss, Zösch (10)

Abwesend sind die folgenden Ratsmitglieder – Sont absents:

Bär, Berger, Bezzola, Blocher, Bonny, Cavadini Adriano, Hess
Otto, Luder, Pini (9)

Das qualifizierte Mehr ist erreicht

La majorité qualifiée est acquise

An den Ständerat – Au Conseil des Etats

92.067

**Krankenversicherung. Massnahmen
gegen die Kostensteigerung 1993–1994.
Bundesbeschluss**

**Assurance-maladie. Mesures
contre l'augmentation des coûts 1993–1994.
Arrêté fédéral**

Siehe Seite 2151 hiervor – Voir page 2151 ci-devant
Beschluss des Ständerates vom 9. Oktober 1992
Décision du Conseil des Etats du 9 octobre 1992

Schlussabstimmung – Vote final
Für Annahme des Entwurfes
Dagegen

119 Stimmen
52 Stimmen

An den Bundesrat – Au Conseil fédéral

**Ständerat
Conseil des Etats**

Sitzung vom 24./28.09.1992
08.10.1992
09.10.1992
09.10.1992 (Schlussabstimmung)

Séance du 24./28.09.1992
08.10.1992
09.10.1992
09.10.1992 (Vote final)

92.067

**Krankenversicherung. Massnahmen
gegen die Kostensteigerung 1993–1994.
Bundesbeschluss**

**Assurance-maladie. Mesures
contre l'augmentation des coûts 1993–1994.
Arrêté fédéral**

Botschaft und Beschlussentwurf vom 19. August 1992 (BBl V 933)
Message et projet d'arrêté du 19 août 1992 (FF V 885)

Antrag der Kommission

Eintreten

Proposition de la commission

Entrer en matière

Frau **Simmen**, Berichterstatterin: Die Vorlage 92.067 über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung ist eine weitere Folge in der unendlichen Geschichte mit dem Titel «Kostensteigerung im Gesundheitswesen».

Die höchst unerwünschte Entwicklung, dass die Kosten, die uns das Gesundheitswesen verursacht, ständig überproportional steigen, ist allen Industriestaaten gemeinsam. Und noch kein Land hat eine wirkliche Lösung für dieses Problem gefunden.

Das kann allerdings nicht heissen, dass wir uns davon dispensieren können, nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen, denn Kostensteigerungen von mehr als 12 Prozent pro Jahr, wie sie sich auch für 1992 wieder abzeichnen, die sich dann in entsprechenden Prämien erhöhungen in der Krankenversicherung niederschlagen, können von vielen Versicherten nur noch mit grösster Mühe verkraftet werden. Es ist diesen Versicherten kein Trost, dass wir mit unseren Gesundheitskosten, gemessen am Bruttosozialprodukt, im Mittelfeld der Industriestaaten liegen.

Unser Hauptanliegen ist nach wie vor die Totalrevision des Gesetzes über die Krankenversicherung. Das kann nicht genug betont werden. Die Behandlung dieser Vorlage in der Kommission ist weit vorangeschritten, und der Ständerat als Erstrat wird in der Dezembersession mit der Beratung beginnen können.

Eine wirkliche Sanierung der Verhältnisse wird nur im umfassenden Rahmen einer Gesetzesrevision möglich sein, und daher ist es höchste Priorität, diese Revision so rasch und so sicher wie möglich durchzuführen. Doch sie wird so oder so nicht vor dem 1. Januar 1995 in Kraft treten können, so dass angesichts der Situation bei den Krankenkassenprämien für die Zwischenzeit ein Handlungsbedarf besteht. Diese Zwischenzeit zu überbrücken, ohne die Revision zu gefährden, das ist in kurzen Worten das Ziel sowohl des bundesrätlichen Vorschlages als auch der Modifikationen, welche die ständerätliche Kommission daran angebracht hat.

Wir sind uns bewusst, dass diese Massnahmen unvollkommen sind. Vor allem das Grundübel, dass Kosten nicht gleichbedeutend sind mit Tarifen und Preisen, sondern das Produkt aus Preis mal Menge darstellen, ist auch durch diesen Beschluss nicht aus der Welt zu schaffen. Wir wissen aber auch, dass es keine durchwegs zufriedenstellenden Interimslösungen geben kann.

Um einen Schritt auf dem Weg zur Totalrevision ging es schon im vergangenen Dezember, als das Parlament neben einem Bundesbeschluss gegen die Entsolidarisierung auch einem solchen über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung zustimmte, diesen aber auf ein Jahr befristete und dem Bundesrat den Auftrag erteilte, vor Ablauf der Gültigkeitsdauer des Beschlusses ein weiteres Paket von Massnahmen gegen die Kostensteigerung zu unterbreiten.

Dieses Paket liegt nun heute vor uns. In der bundesrätlichen Fassung sieht es für den ambulanten Sektor einen rigorosen Tarif- und Preisstopp vor. Für den stationären Sektor wurde auf einen Stopp verzichtet; statt dessen wurde die maximal zulässige Erhöhung der Tarife aufgrund der Preis- und Lohnentwicklung errechnet. Damit wurde dem Artikel 4 des Bundesbeschlusses von 1991 Rechnung getragen, welcher eine bessere Berücksichtigung der Interessen der Kantone fordert, welche ja den stationären Sektor zu einem beträchtlichen Teil mittragen. Neben den Tarifen und Preisen unterliegen auch die Prämien weiterhin gewissen Beschränkungen. Ausgangspunkt für eine allfällige Erhöhung der Prämien ist aber nicht mehr der Mitgliederbeitrag der einzelnen Kasse, sondern die durchschnittliche Prämie aller Kassen eines Kantons. Das ist eine Folge des Risikoausgleichs, den wir beschlossen haben.

Die Reaktionen in der Vernehmlassung auf die bundesrätliche Botschaft waren ausserordentlich heftig und ablehnend, und zwar sowohl von Leistungserbringern als auch Krankenkassen und Kantonen. Die Kommission führte mit Vertretern der Betroffenen und dem Preisüberwacher ein Hearing durch. Dabei kam die Ablehnung der Massnahmen deutlich zum Ausdruck, was zumindest darauf hindeutet, dass sie nicht als unwirksam eingestuft werden.

Es wurden aber auch Signale sichtbar, die ein Einschwenken auf eine etwas flexiblere Version nicht unmöglich erscheinen liessen.

Die Kommission hat deshalb die bundesrätliche Fassung etwas flexibilisiert und erweitert, allerdings nicht aufs Geratewohl, sondern sie hat gezielt Akzente in Richtung kostengünstigeren Verhaltens gesetzt.

Die Fassung der ständerätlichen Kommission präsentiert sich im Ueberblick wie folgt:

Für die Leistungserbringer: im ambulanten Sektor gilt ein Tarif- und Preisstopp für ein Jahr, mit der Möglichkeit einer Lockerung im zweiten Jahr, wie vom Bundesrat vorgeschlagen, verbunden mit der Möglichkeit, dass jene Kantone, die ihre Taxpunktwerte das letzte Mal vor 1990 angepasst haben, mit den übrigen Kantonen gleichziehen können.

Im stationären Sektor schlägt Ihnen auch die Kommission die Fassung des Bundesrates vor, also die Bindung der Tarife und Preise an den Landesindex der Konsumentenpreise und den Lohnkostenindex des Biga.

Der Vorschlag der Kommission sieht eine Kostenbeteiligung der Versicherten vor, auch im stationären Bereich und unter Beachtung einer gemeinsamen Franchise und gemeinsamen Obergrenze der Beteiligten für den ambulanten und stationären Bereich. Das ist neu. Bis heute war eine Beteiligung nur im ambulanten Bereich vorgesehen.

Für die Krankenkassen: Hier geht es um eine Beibehaltung der Richtprämie, wie der Bundesrat sie vorschlägt, jedoch mit der Möglichkeit einer gewissen Erhöhung der Prämien, sofern die Kasse sonst auf ihre Reserven zurückgreifen muss.

Für die Versicherungsleistungen: Hier schlägt die Kommission eine Beschränkung der Leistungen auf die Pflichtleistungen in der Krankenpflege-Grundversicherung vor sowie eine Vergütung für Arzneimittel nur dann, wenn sie in der Arzneimittelliste aufgeführt sind.

Für die Kantone: Es gilt die ausdrückliche Verpflichtung zu interdisziplinärer inner- und interkantonalen Planung im Gesundheitswesen.

Zum Inkrafttreten und zur Geltungsdauer des Bundesbeschlusses: In der Schlussbestimmung schlagen wir Ihnen Dringlichkeit vor – ich werde im entsprechenden Artikel darauf zurückkommen – sowie eine Befristung bis zum Inkrafttreten des revidierten Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz), längstens jedoch bis zum 31. Dezember 1994. Soweit ein Ueberblick über die Fassung der Kommission.

Ich möchte an dieser Stelle noch einmal betonen, dass die Gefährdung der Totalrevision durch irgendwelche Uebergangsmassnahmen wie ein Damoklesschwert über uns hängt und dass wir nicht mit dem Messer fuchteln dürfen, wenn wir nicht riskieren wollen, dass der seidene Faden plötzlich durchschnitten ist.

Die Vorlage verlangt Opfer von allen Beteiligten, von den Leistungserbringern, von den Kassen und von den Patienten, wenn auch hier nur in sehr begrenztem Umfang. Sie setzt aber auch Anreize zu kostengünstigerer Behandlung und trägt den Einwänden der Kantone Rechnung.

Der vorliegende Bundesbeschluss ist im Zusammenhang mit jenem von 1991 zu sehen. Dieser stellt den Kantonen eine Summe von jährlich 100 Millionen Franken an Prämienverbilligungen zur Verfügung. Er bringt aber auch als Folge der Wiederherstellung der Solidarität, die 1991 unbestritten war, Prämien erhöhungen für einen Teil der Versicherten, so dass für alle neuen Beschlüsse der sozialpolitische Handlungsspielraum sehr eng ist.

Der heutige Entwurf respektiert die grossen Leitlinien der Totalrevision und trägt den Einwänden der Vernehmlasser soweit wie möglich Rechnung. Er stellt eine tragbare Lösung in einem äusserst schwierigen Umfeld dar.

Wenn alle Angesprochenen mitziehen und ihre Innovationskraft mehr darauf verwenden, die aufgezeigten Wege sinnvoll zu beschreiten, als nach Umgehungsmöglichkeiten zu suchen, können diese behelfsmässigen und ungeliebten Massnahmen einen wirkungsvollen Uebergang zur Totalrevision darstellen. Andernfalls sind diese Massnahmen nicht mehr als ein weiterer unnützer Schritt auf einem dornenvollen Weg, und das können wir uns alle angesichts der dramatischen Situation bei den Prämien einfach nicht leisten.

Die Kommission hat mit 8 zu 0 Stimmen bei 4 Enthaltungen Eintreten beschlossen und der Kommissionsfassung in der Gesamtabstimmung mit 8 zu 4 Stimmen bei 1 Enthaltung zugestimmt.

Ich bitte Sie, auf das Geschäft einzutreten.

M. Roth: Cet arrêté dont nous discutons doit être replacé dans sa juste perspective, c'est-à-dire celle des mesures que nous avons prises contre la désolidarisation et contre l'augmentation des coûts. Nous ne devons pas oublier en effet que, dans l'attente de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie, c'est le Parlement lui-même qui a limité la validité du second arrêté en priant le Conseil fédéral de prendre de nouvelles mesures qui tiendraient mieux compte de l'intérêt des cantons. Ces mesures s'inscrivent par conséquent dans une continuité, absolument indispensable si l'on veut, d'une part, ne pas perdre le bénéfice des premières mesures qui ont déjà été difficiles et, d'autre part, soulager les cotisants qui se retrouveraient aujourd'hui devant des échéances particulièrement pénibles si rien n'était fait.

Au fond, il est indéniable que, dans le domaine de l'assurance-maladie, la situation se détériore à un rythme affolant. Le représentant du Conseil fédéral nous a déclaré en commission que l'évolution actuelle des coûts risquait de faire augmenter les primes des caisses-maladie de 100 pour cent entre 1991 et 1994. Il s'agit donc d'une augmentation de 25 pour cent en moyenne par année. Avec un optimisme de bon aloi, on peut certes admettre qu'on ne parviendra pas à une révision totale de la loi sur l'assurance-maladie avant 1995, mais, d'ici là, je pense que personne ne comprendrait que le législateur demeure inactif face à cette perspective de l'augmentation des cotisations aux caisses-maladie.

Les mesures prises l'an passé ont pour la plupart porté leurs fruits puisqu'une frange importante des assurés ont vu les augmentations contenues dans cette limite des 10 pour cent prévue dans l'arrêté. Cependant, malgré ce résultat positif, ce premier arrêté n'a pas eu d'effet sur les coûts. C'est pourquoi on entend maintenant se saisir d'un autre levier pour contenir ces coûts, celui de la pression vers le bas sur les prestations des fournisseurs de soins. Je suis parmi les premiers à convenir qu'une telle mesure a quelque chose de rigide et de schématique, surtout lorsque l'on sait la qualité des soins, qui est d'ailleurs généralement reconnue dans notre pays. Mais les recettes pour remédier à ce mal par des mesures à prendre rapidement ne sont guère nombreuses. Dans le fond, il reste surtout à examiner maintenant, dans l'arrêté qui nous est soumis ce matin, la dose de blocage qu'il s'agit d'introduire dans ces mesures, notamment dans les tarifs et les prix applicables aux prestations de l'assurance-maladie dans le domaine ambulatoire.

La commission a déjà assoupli les propositions du Conseil fédéral. Je crois qu'elle est allée aussi loin qu'elle le pouvait, du moins dans sa majorité, si l'on veut lui conserver, malgré les effets de blocage de l'arrêté, une efficacité à la mesure du but que l'on cherche à atteindre. C'est pourquoi je suis d'avis qu'il faut entrer en matière et, sous réserve d'avoir entendu des arguments nouveaux de la part du Conseil fédéral, je soutiendrai quant à moi les propositions de la majorité de la commission, dont je fais partie, sauf en ce qui concerne la participation de l'assuré aux coûts à l'hôpital, position de la commission à laquelle je ne peux pas me rallier et sur laquelle je m'expliquerai dans la discussion de détail à l'article 3.

Frau Beerli: Der uns heute zur Behandlung vorliegende Bundesbeschluss ist eine ungefreute Sache. Als ich die Vorlage des Bundesrates zum ersten Mal durchgelesen hatte, war ich stark der Meinung, einen Nichteintretensantrag stellen zu müssen. Das Durchlesen der Vernehmlassungen und das Anhören der Hearings in der Kommission bestärkten mich in dieser Meinung.

Der Bundesrat schlägt einen strikten Preis-, Tarif- und Prämienstopp vor und erhofft sich so eine Beruhigung der Lage an der Prämienfront. Welch eine Illusion! Preise künstlich durch Vorschriften tief zu halten, hat noch nie die Lösung eines Problems gebracht. Es entsteht lediglich ein Rückstau, ein Nachholbedarf, der sich irgendeinmal zu entladen droht.

Was wir im Gesundheitswesen in den Griff bekommen müssen, sind die Kosten, und Kosten sind Menge mal Preis. Ein einseitiger Preisstopp bringt daher keine Besserung, sondern setzt lediglich falsche Signale. Vordringlich muss für uns wichtig sein, die Revision des Krankenversicherungsgesetzes zu

realisieren und das revidierte Gesetz so rasch als möglich in Kraft zu setzen. Dieses Ziel dürfen wir nicht aus den Augen verlieren und durch nichts gefährden.

Durch den vorliegenden Bundesbeschluss werden jedoch so viele Zielgruppen aufgebracht und verärgert, dass die grosse Gefahr besteht, das sich verhärtende Klima werde sich auch negativ auf die Akzeptanz des revidierten Krankenversicherungsgesetzes auswirken.

Und doch, Sie sehen: Trotz all meiner grundsätzlichen Bedenken habe ich keinen Nichteintretensantrag gestellt. Wieso? Auch wenn die parlamentarische Arbeit am Krankenversicherungsgesetz so rasch als möglich vorangetrieben wird, kann das Gesetz mit aller Wahrscheinlichkeit nicht vor dem 1. Januar 1995 in Kraft gesetzt werden. Wenn wir bis dahin nichts tun, werden die Kosten mit Sicherheit ansteigen und die steigenden Prämien das Budget vieler Familien in grossem Masse belasten. Um dieser Entwicklung zu begegnen, hat Ihre Kommission versucht, auch in dieser Uebergangszeit bereits Einfluss auf die Kosten zu nehmen.

Die Ihnen vorliegenden Anträge der Kommission beziehen sich somit auf Preise und Mengen. Leistungserbringer, Krankenkassen und Konsumenten müssen ihren Teil beitragen, und wie bei jedem guten Kompromiss sind alle Beteiligten unzufrieden. An Gegnern mangelt es der vorgeschlagenen Lösung beileibe nicht. Wie bei jedem hart errungenen Kompromiss ist das Gleichgewicht zudem sehr fragil und der Schritt zwischen Zustimmung und Ablehnung sehr klein.

Für mich liegt die Schmerzschwelle bei Artikel 1, dem Tarif- und Preisstopp im ambulanten Bereich. Sollte dort der Antrag der Mehrheit der Kommission obsiegen und ein Tarifstopp verfügt werden, so würden die Leistungserbringer im ambulanten Bereich (Ärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten usw.) unverhältnismässig stark betroffen. Man stelle sich vor: Diese Leistungserbringer haben ihrem Personal Teuerungsausgleich auszurichten. Sie haben Mieten zu bezahlen, die höher werden, und gleichzeitig werden ihre Tarife absolut begrenzt, absolut stabilisiert. Dies bedeutet einen realen Lohnabbau. Sollte also bei Artikel 1 der Antrag der Mehrheit obsiegen, so muss ich mir trotz der in den nachfolgenden Artikeln beigefügten Verbesserungen vorbehalten, den Beschlussentwurf in der Schlussabstimmung abzulehnen.

M. Coutau: Le 3 septembre de cette année, j'ai passé un après-midi qui, dans ma mémoire d'homme politique, a rarement été aussi déprimant. Réunis en commission chargée d'examiner le présent projet, nous devions entendre toute une série de représentants autorisés à nous donner leur avis sur les propositions du Conseil fédéral. Il y avait là notamment les représentants de la Conférence des directeurs cantonaux de la prévoyance sociale, de la Conférence des directeurs cantonaux des finances, des représentants des hôpitaux, des médecins, des pharmaciens, des caisses-maladie, des producteurs de médicaments, etc. Tous ces gens, qui avaient été consultés extrêmement rapidement dans une procédure accélérée, qui avaient déjà eu l'occasion de donner une première réaction majoritairement négative, et même très négative, nous ont répété, à tête un peu plus reposée parce qu'ils avaient eu le temps d'y repenser, à quel point ils étaient opposés aux propositions du Conseil fédéral. C'était effectivement pour la commission assez déprimant de se rendre compte de cette opposition et on pouvait douter que cet arrêté, se heurtant à une opposition aussi massive, puisse aboutir à quelque chose de satisfaisant dans son application, au cas où il serait adopté tel quel par le Parlement.

On peut comprendre d'ailleurs l'attitude des cantons car, je vous le rappelle, le mandat qui avait été donné au Conseil fédéral de nous présenter de nouvelles mesures pour l'échéance de l'arrêté B que nous avons décidée l'année dernière était assez évident et intéressant pour eux. Je rappelle que le Conseil fédéral était chargé de nous soumettre un nouveau programme de mesures urgentes contre la hausse des coûts qui prenne mieux en compte les intérêts des cantons. Or, au chapitre 42 du message, quand il s'agit d'examiner les conséquences pour les cantons, le Conseil fédéral a le courage de le dire – car il fallait un certain courage pour le dire –

mais c'est la réalité: «La limitation de l'augmentation des tarifs hospitaliers pourra entraîner, à court terme, des déficits plus importants dans la gestion des hôpitaux. Cela imposera aux cantons une charge accrue s'agissant des hôpitaux publics et de ceux qui sont co-financés par les pouvoirs publics. L'arrêté fédéral doit cependant inciter les cantons et les hôpitaux à faire de réelles économies». Il est évident que par rapport au mandat que nous avons confié au Conseil fédéral, on peut constater une certaine distance. Et on peut comprendre que les cantons aient été assez déçus des propositions que le Conseil fédéral nous a présentées à cet égard.

Je dirai que les réactions des autres personnes qui nous ont donné leur avis sont également compréhensibles. En fait, bloquer des tarifs et des prix est une mesure injuste, simpliste, qui provoque des distorsions ultérieures entre les différents intéressés et qui provoque surtout des reports de charges soit dans le temps, soit, dans le cas particulier, sur les contribuables. Par conséquent, on pouvait bien imaginer que ces propositions ne pourraient pas rencontrer une très grande faveur auprès de ceux à qui, finalement, elles s'adressaient.

Après ces auditions, nous étions, en commission, dans la perplexité, car nous sommes tenus par le temps. L'échéance nous oblige à prendre des mesures qui relayeront celles qui arrivent à terme à la fin de l'année. Par conséquent, renvoyer – comme certains y songeaient et je l'avais imaginé également – ce projet au Conseil fédéral ne permettait pas de tenir l'horaire. Nous étions obligés de trouver une autre procédure pour permettre au Conseil des Etats, puis au Conseil national, de se mettre d'accord avant l'échéance de la fin de l'année. C'est la raison pour laquelle, sur proposition du président de la commission, une sous-commission a été désignée, qui propose effectivement les mesures que vous avez sous les yeux. Ces mesures sont le résultat d'un travail intense qui n'a pu être possible que parce que nous sommes en train par ailleurs d'examiner la révision totale de la loi sur l'assurance-maladie et que, par conséquent, nous connaissons à peu près le fond de la matière.

Cela a permis à la sous-commission en particulier de faire un travail que je considère comme important. Il a consisté, d'une part, à assouplir les blocages proposés par le Conseil fédéral et considérés comme excessifs par tous les interlocuteurs et, d'autre part, à envisager un certain nombre de mesures qui ne s'en prennent pas seulement aux prix, c'est-à-dire aux symptômes, mais également à la racine du mal, c'est-à-dire au développement du volume des prestations. Et c'est finalement en raison de ces modifications – mais, je dois le reconnaître, après de très longues hésitations – que je me suis rallié finalement à l'entrée en matière et que je vous invite à en faire autant. Je l'ai fait en raison des modifications apportées par la commission, essentiellement en raison de la contrainte imposée par le calendrier et surtout en raison de la dégradation objective de la situation dans le domaine de l'assurance-maladie. Cette dégradation fait que des cercles de plus en plus importants de cotisants, de membres des caisses d'assurances ne sont pratiquement plus en mesure de supporter le gonflement des cotisations qu'ils subissent.

Je crois que les mesures que nous avons prises ne sont certes pas des panacées, mais elles permettront – d'ici l'entrée en vigueur au 1er janvier 1995 de la loi révisée que j'appelle de mes vœux les plus ardents – tout en faisant mal aux différents intéressés et en leur faisant subir un certain nombre d'inconvénients, aussi bien aux cotisants qui ne verront pas la totalité de leurs soucis évacuée qu'aux médecins, aux hôpitaux et aux cantons, d'apporter quelque soulagement provisoire, pour une période que j'espère aussi limitée que possible, à cette catégorie de plus en plus importante de notre population.

Schoch: Ich meine, es sei notwendig, zunächst das Umfeld nochmals abzustecken, in das die bundesrätliche Vorlage, über die wir jetzt diskutieren, gestellt werden muss.

In diesem Umfeld sind die folgenden Fakten von Bedeutung: Zunächst und vor allem besteht überall absolute Einigkeit über die Tatsache, dass die geltende Krankenversicherungsgesetzgebung effektiv untauglich ist und dass damit eine Totalrevision dieser Gesetzgebung sehr dringend ist. Frau Sim-

men hat es bereits gesagt: Das ist unser Hauptanliegen, es kann nicht genug betont werden; und weil es nicht genug betont werden kann, wollte ich es jetzt noch einmal sagen und noch einmal unterstreichen. Im Hinblick auf diese Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes ist es mit Mühe und Not gelungen, alle Partner im Gesundheitswesen, also die Leistungserbringer, die Versicherer, die Kantone usw., mehr oder weniger auf die Linie der durch den Bundesrat Anfang November letzten Jahres präsentierten Revisionsvorlage zu bringen und – ich wäre fast versucht zu sagen – zu verpflichten. Aber ich habe bewusst mit «Mühe und Not» gesagt. Von Begeisterung für diese Revisionsvorlage kann leider keine Rede sein. Sie wäre die Begeisterung wert, denn ich empfinde sie als ausgesprochen gut, aber verschiedene der Beteiligten tun sich mit der Vorlage immer noch schwer.

Trotzdem hat die Revisionsvorlage eine konkrete Chance durchzukommen und akzeptiert zu werden. In zeitlicher Hinsicht sieht das wie folgt aus: Es war schon bei der Präsentation des bundesrätlichen Revisionsentwurfes, also im November 1991, klar, dass bis zur Inkraftsetzung des neuen Rechtes mindestens drei Jahre verstreichen würden. Mittlerweile ist der Fahrplan noch übersichtlicher geworden, die ständerätliche Kommission beschäftigt sich jetzt seit einigen Monaten mit der Vorlage und beabsichtigt – ich möchte sogar sagen, sie ist wild entschlossen; diese wilde Entschlossenheit ist wenigstens bei mir persönlich vorhanden –, die Vorlage bis zur Wintersession dieses Jahres für unseren Rat behandlungsfähig zu machen. Lässt sich das durchziehen, dann kommt der Nationalrat im nächsten Jahr an die Reihe. Seine Kommission wird voraussichtlich ebenfalls ungefähr ein Jahr benötigen, so dass Ende nächsten Jahres, also in der Wintersession 1993, das Geschäft im Plenum des Nationalrates behandelt werden kann. Ein weiteres Jahr wird für das Differenzbereinigungsverfahren notwendig sein. Wir können also damit rechnen, Ende 1994 ein fertig ausgelegenes Gesetz in die Schlussabstimmung zu bringen.

Dem Bundesrat schien nun diese Frist, also drei Jahre seit der Präsentation der Revisionsvorlage, angesichts der bestehenden prekären Situation im Krankenversicherungsbereich zu lang. Der Bundesrat wollte dem Volk nicht zumuten, noch drei Jahre unter dem unbefriedigenden alten Regime weitermachen zu müssen und damit den Prämienhöhungen der Krankenkassen auf der einen Seite und den Tarifierhöhungen der Leistungserbringer auf der anderen Seite während drei weiteren Jahren schutz- und wehrlos ausgeliefert zu sein. Deshalb hat der Bundesrat vor einem Jahr einen Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung vorgeschlagen. Die Räte haben diesem Bundesbeschluss dann schliesslich nach mühsamem Hin und Her in modifizierter und aufgesplitteter Form zugestimmt. Das, worüber wir uns jetzt unterhalten, ist auf die Gültigkeitsdauer von einem Jahr beschränkt worden.

Heute geht es nun um die Frage der Fortsetzung dieses vor Jahresfrist erlassenen, während eines Jahres gültigen Beschlusses, wobei durchaus darauf hinzuweisen ist, dass das Parlament dem Bundesrat im letzten Dezember einen Auftrag erteilt hat, diesen Herbst ein Anschlussprogramm zu präsentieren. Es ist also richtig, dass der Bundesrat handeln musste. Er hat in der Weise gehandelt, dass er davon ausging, ein System der Opfersymmetrie sei richtig; ein System also, bei dem, nach dem erklärten Willen des Bundesrates, alle Beteiligten etwa in gleichem Ausmass dazu beitragen sollten, die Kosten des Gesundheitswesens beziehungsweise den Kostenanstieg in erträglichem Rahmen zu halten. Der Bundesrat hatte dabei, entsprechend dem Auftrag des Parlamentes, die Interessen der Kantone noch besser zu berücksichtigen, als er das in seinem ersten Entwurf letztes Jahr getan hatte. Soviel zur Ausgangslage.

Was der Bundesrat uns heute in Erfüllung seines Auftrages präsentiert, empfinde ich als nicht unproblematisch, und zwar, wenn ich mich nur auf die wesentlichen Aspekte beschränken will, primär in dreierlei Hinsicht:

1. Es ist generell immer fragwürdig, im Schnellschussverfahren Massnahmen zu erlassen, die weitreichende Eingriffe in bestehende Ordnungen bringen und ausgesprochen dirigi-

49

stisch sind. Die bundesrätlichen Massnahmen sind in dem Sinne mit dem Versuch verglichen worden, einen Deckel auf eine Pfanne zu pressen, in der die Suppe brodelt, und die Suppe auf diese Art und Weise am Ueberkochen zu hindern. Ich will aber zugeben, dass ich vor Jahresfrist dem damals ausgehandelten Kompromiss zwischen National- und Ständerat schliesslich ebenfalls zugestimmt habe. Ich habe also vor Jahresfrist die Problematik dieses Schnellschussverfahrens oder dieses Deckels auf der brodelnden Pfanne in Kauf genommen.

2. Der Bundesrat spricht von Opfersymmetrie, verteilt aber nach meinem Verständnis – das mag jetzt subjektiv sein – die Opfer nicht gleichmässig auf alle Beteiligten. Der jetzt zur Diskussion stehende Beschlussentwurf trifft insbesondere die Leistungserbringer im ambulanten Bereich und damit im wesentlichen die Aerzte in einem Ausmass, das mir nicht mehr vertretbar erscheint. Ich werde darauf zurückkommen.

3. Auf die Hauptproblematik haben bereits Frau Simmen und Frau Beerli hingewiesen: Dadurch, dass allen Betroffenen Opfer zugemutet werden und dass natürlich jeder meint, gerade er sei derjenige, der weitaus am meisten Haare lassen müsse, besteht die manifeste Gefahr, dass der brüchige Konsens zur KVG-Totalrevisionsvorlage wieder zunichte gemacht wird. Dieser Gesichtspunkt beunruhigt mich echt und tief.

Ich beschäftige mich seit den letzten Wochen und Monaten weitgehend als Wanderprediger und referiere in Aerztegesellschaften da und Aerztegesellschaften dort, in Delegiertenversammlungen der einen und Delegiertenversammlungen der anderen Krankenkasse und an weiteren Veranstaltungen jeder Art zum neuen Krankenversicherungsrecht. Ich habe im Zuge dieser Tätigkeit fast wöchentlich und gelegentlich vier-, fünf- oder sechsmal in einer einzigen Woche Gelegenheit, hautnah zu erleben, wie dünn das Eis des Konsenses über dieser Gesetzesvorlage ist und wie gross die Gefahr ist, dass wegen der jetzt zur Diskussion stehenden Uebergangsmassnahmen die Stimmung gegenüber der KVG-Gesetzesvorlage ins Negative umschlägt.

Der Bundesrat hat sich mit den vorgeschlagenen Massnahmen auf eine Gratwanderung begeben, und wenn ich von Gratwanderung spreche, bin ich als Hobby-Alpinist sicher legitimiert, darauf hinzuweisen, dass man von einem Grat manchmal viel schneller abstürzen kann, als einem lieb ist: Ich hoffe inständig, dass der Bundesrat den Weg unter seinen Füssen und das Gleichgewicht auf seiner Gratwanderung nicht verliert: Es wäre überaus bedauerlich, wenn der Konsens zur Krankenversicherungsvorlage wieder in die Brüche gehen würde.

Immerhin will sich die Kommission dem Bundesrat nicht verschliessen und ist bereit, bei der Suche nach einer angemessenen Lösung mitzuwirken, um nicht wieder zur Stunde Null zurückkehren zu müssen – auch wenn man sich heute fragen muss, ob es nicht vielleicht besser gewesen wäre, vor Jahresfrist bei der Stunde Null zu bleiben und mit dem, was wir jetzt weiterführen müssen, gar nicht erst anzufangen.

Die Kommission hat in diesem Sinne das, was der Bundesrat präsentiert hat, durch zahlreiche Ergänzungen angereichert, Ergänzungen, die in der Kommission mehr oder weniger einhellig akzeptiert worden sind, die aber für mich *conditiones sine quae non* darstellen; hier bewege ich mich auf der gleichen Linie wie Herr Coutau. Wenn das wieder herausgestrichen würde, was die Kommission in den Vorschlag hineingebracht hat, dann könnte ich dem, was der Bundesrat präsentiert hat, nicht mehr zustimmen.

Nicht durchgekommen ist eine Kommissionsminderheit mit einem neuen Antrag zu Artikel 1. Wenn ich jetzt schon am Referieren bin, möchte ich mich auch dazu kurz äussern, um nachher bei Artikel 1 das Wort nicht nochmals ergreifen zu müssen.

Ich möchte Ihnen jetzt schon empfehlen, dem Minderheitsantrag zu Artikel 1 zuzustimmen, und zwar aus zwei zentralen Gründen:

Zum einen ist der Minderheitsantrag genau das, was der Bundesrat – und niemand anderes als der Bundesrat – vor Jahresfrist für richtig und angemessen hielt. Wir haben genau die bundesrätliche Fassung übernommen. Es ist allein schon aus

Gründen der Rechtssicherheit ein Gebot der Stunde, jetzt bei dieser Fassung zu bleiben. Wir können doch nicht Jahr für Jahr neue Formulierungen in dringliche Massnahmenpakete hineinschreiben, Formulierungen, die jedesmal noch komplexer und noch unverständlicher werden.

Zum zweiten: Was die Minderheit zu Artikel 1 vorschlägt – damit bin ich jetzt wieder bei der Frage der Opfersymmetrie und bei der «Bestrafung» der Aerzte –, ist gegenüber den Aerzten und gegenüber den Leistungserbringern im ambulanten Bereich milder als das, was der Bundesrat in sehr kompromissloser und massiver Art und Weise vorschlägt. Der Bundesrat will nämlich im ambulanten Bereich einen Tarifstopp verfügen, aber die Aerzte können auch nicht einen Zinsstopp bei ihren Hypothekarkrediten oder einen Lohnstopp bei ihren Arbeitnehmern oder einen Mietzinsstopp bei ihren Vermietern verfügen. Auch der Bundesrat wird nicht bereit sein, das zugunsten der Aerzte zu tun.

Stimmt der Rat bei Artikel 1 der Minderheit zu, dann gefährdet er die Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes weniger, als wenn er der Mehrheit zustimmt und damit den verständlichen und nachvollziehbaren Willen der Aerzte heraufbeschwört. Stimmt der Rat bei Artikel 1 der Minderheit zu, dann ist der Bundesbeschluss so, dass meines Erachtens alle Betroffenen damit leben können sollten.

Huber: Lassen Sie mich am Anfang etwas Aussergewöhnliches tun. Ich möchte als Kommissionspräsident meinen Kolleginnen und Kollegen in der Kommission für ihren Einsatz danken, der allein dazu geführt hat, dass wir uns hier und heute mit diesen Fragen auseinandersetzen können. Dazu kommt die gute Arbeit der in diesen Tagen so sehr gescholtenen Parlamentsdienste. Ich möchte ihre Effizienz, ihr Engagement, ja ihren Enthusiasmus für die Zusammenarbeit mit unserer Kommission hervorheben und ihnen dafür herzlich danken.

1. Es darf doch in der Tat nicht übersehen werden, dass wir die Botschaft, datiert vom 19. August 1992, am 3., am 9. und am 17. September 1992 behandelt haben. Meine Damen und Herren, Herr Bundesrat: Mehr können Sie vom Milizparlament nicht verlangen; dies um so mehr, als das Gesundheitswesen – Gegenstand unserer Kommissionsarbeit, zusammen mit den Bereichen der sozialen Sicherheit – unter dem reduzierten Aspekt der Krankenversicherung und nicht als Ganzes angesehen, verstanden, berücksichtigt und betrachtet wird.

2. Ich bedaure ausserordentlich, dass Sie, meine Kolleginnen und Kollegen, die nicht in der Kommission sind, eine sprachliche und thematisch sehr differenzierte, schwer verständliche, schwer verdauliche Vorlage auf der Stufe der Gesetzgebung vor sich haben. Was da steht, würde bei einem anderen als beim Gesundheitssystem, wo man sich generell gegenseitig misstraut und nicht vertraut, in eine Verordnung gehören, nicht aber in ein Gesetz, und noch weniger in ein zeitlich limitiertes Gesetz.

3. Das Gesundheitswesen ist ein in sich zerstrittenes System mit hochentwickelten Egoismen. Ich habe heute morgen schon Anzeichen von hochentwickelten Egoismen akzentuiert gehört und hoffe, dass wir sie in etwa zurückführen können. Lesen Sie die Zusatzpost, die Sie heute morgen erhalten haben, dann wissen Sie, was ich meine! Es ist andererseits ein System, in welchem mit Anstrengungen bis an die Grenzen des Menschenmöglichen grossartige menschliche und fachliche Leistungen erbracht werden.

Das Gesundheitswesen – so sehr es gewissen Leuten weh tut, weil sie bewusst nur den Sektor Kosten ansehen und ihre politischen Ziele unter Ausklammerung anderer Betrachtungen anstreben – ist mehr als die Krankenversicherung. Ich möchte auch meinen, dass die – sagen wir es einmal milde – in der Öffentlichkeit gegenwärtig betriebene Betrachtungsweise bezüglich der Spitäler auf ihren richtigen Inhalt zurückgeführt werden muss. Niemand verkennt, dass die Grundversorgung durch die praktizierenden Aerzte vorgenommen wird und dass von hundert Patienten weniger als zehn in ein Spital der Grundversorgung eingeliefert werden und etwa ein Patient in ein Spital der Spitzenmedizin zur Behandlung transferiert wird. Ueberlegen Sie sich, dass diese Spitäler spezifische Aufträge haben, von der Grundversorgung über die regionale Versor-

gung bis hin zur Spitzenmedizin! Vergessen Sie nicht, dass in diesen Spitälern nicht nur untersucht, behandelt, gepflegt wird, sondern dass ohne diese Spitäler die Ausbildung im Gesundheitswesen nicht machbar wäre!

Ich gehöre nicht zu denen, die sagen: Es braucht Patienten, damit ausgebildet werden kann. Aber ich gehöre zu denen, die meinen: Ausbildung hat auch am Patienten zu geschehen, und das ist vornehmlich eine Aufgabe der Spitäler.

Ich möchte die Vorlage in dieses Umfeld hineingestellt haben: in eine richtige Situierung der Krankenversicherung in der Kompetenz des Bundes, in das Schwergewicht, das im ambulanten Sektor ausgeübt wird, und in das Schwergewicht, das im Bereiche der Spitäler ausgeübt wird.

Mein Vorredner hat nun im Bereich der Krankenversicherung den bisherigen Hergang sehr zutreffend geschildert. Der Ausgangspunkt der Vorlage ist ein doppelter: einerseits die weiterschreitende Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und andererseits unser Trennungsbeschluss und der Auftrag in Artikel 4 des Bundesbeschlusses 1991 – Kostensteigerung –, die Lage der Kantone durch eine neue Gesetzgebung nach einem Jahr zu verbessern. Niemand kann behaupten, dass dieser Auftrag obsolet geworden ist, und niemand kann behaupten, dass sich die Kosten – ich rede von den Kosten, nicht von den Tarifen, nicht von den Preisen – unterdessen stabilisiert hätten oder gesunken wären.

Wer da von Nichteintreten spricht und schreibt, hat meines Erachtens den Puls der Gesellschaft zu wenig gegriffen und sieht nicht ein, dass gehandelt werden muss. Vor einem Jahr wurde eine Begrenzung von Tarifen, Preisen und Prämien eingeführt. Es wurde und wird erwartet, dass das auf die Kosten durchschlägt.

Sehen Sie, wenn in diesen Tagen der Vorsteher eines kantonalen Gesundheitsdepartementes in einem Artikel die Umwelt wissen lässt, er sei aus verfassungsrechtlichen Gründen empört über den Eingriff in die Kompetenz der Kantone, dann frage ich ihn: Was hat er getan, um die Kosten zu drücken, nachdem wir die Prämien und die Preise arretiert haben – mit einigen Anstrengungen, mit einigen Lasten und mit manchmal wenig angenehmen Auseinandersetzungen?

Ich attestiere: Der Bundesrat hat entsprechend gehandelt. Alle haben ihm daraufhin widersprochen und dabei den in Kraft stehenden Teil der ursprünglichen Vorlage übersehen. Ehrlich, ganz ehrlich wäre es gewesen zu sagen: Wir heben nicht nur den Bundesbeschluss auf, der nur ein Jahr gültig ist, sondern wir wahren die Chancengleichheit und heben den anderen, der auf drei Jahre angelegt ist, auch gerade auf. Dann hätten wir die Situation pro ante wieder – mit dem Dschungel der Kassen, mit der Gründung von Billigkassen, mit dem Unterlaufen der Solidarität. Ich glaube, das sollte gesehen werden.

Der Bundesrat hat seinen Auftrag erfüllt. Er ist darüber hinausgegangen. Er hat nach meiner Vorstellung eine zu starre Vorlage vorgelegt, die für die weiteren Entwicklungen der kommenden Jahre zu wenig Spielraum lässt.

Mit welchen Ueberlegungen ist die Kommission an die Dinge herantreten? Ich teile hier die Auffassung von Kollege Schoch absolut. Wir sind mit der ersten Priorität an die Vorlage herangegangen, günstige Voraussetzungen für die Totalrevision des Gesetzes zu behalten und die Totalrevision so rasch wie möglich unter Dach und Fach zu bringen. Das ist aber nicht der Fall, wenn Sie für wesentliche Leistungserbringer ein zu starres Konzept und ein zu starres Korsett bauen: wenn Sie keine psychologischen Signale aussenden – diese sind manchmal in der Politik ebenso wichtig wie die Handlungen –, um die Mitarbeit dieser Gruppen für die Totalrevision zu erwirken.

Ich warne auf der anderen Seite alle: Die Totalrevision wird nicht das Gelobte Land sein, in das weiland Moses die Hebräer nach vierzig Jahren Wüstenaufenthalt geführt hat. Wer diesen Eindruck erweckt, erweckt einen falschen Eindruck, der will etwas Besseres sein. Aber das Gelobte Land wird es nicht sein.

Die Kommission hat nach dieser Grundüberlegung bei den Leistungserbringern und bei den Kassen Flexibilität eingeführt. Sie hat aus der Vorlage Totalrevision wenige Punkte herausgenommen, die die Kosten angehen.

Ich bin im Gegensatz zu Herrn Schoch der Meinung, dass es sich nicht um Schnellschüsse handelt. Es handelt sich um die Lösung von Problemen, die wir seit zwanzig Jahren herumtrölen und die uns in allen Verästelungen bekannt sind. Dass sie vielleicht jetzt an die Hand genommen werden, dezisiv und entschlossen, das mag neu sein.

Ich bin der Meinung, Frau Kollegin Beerli, dass die Kommission dabei nicht übertrieben hat und den Ueberlegungen treu geblieben ist, dass Mass zu halten ist. Das Mass ist neben der Gerechtigkeit, der Klugheit und der Tapferkeit gerade bei der Gesetzgebung auch eine Tugend. Wir haben vor allem deswegen auch dort Mass gehalten, wo wir jetzt gescholten werden, nämlich dort, wo wir den Patienten direkt einbeziehen. Wir haben dort Mass gehalten, weil wir gewusst haben, dass das neue Finanzierungsmodell für sozial Schwache nicht greift und die Kantone nicht in dem Ausmass von der Prämienverbiligung Gebrauch machen, wie wir es erwarten.

Ich glaube auch, das möchte ich jetzt schon sagen, dass der Artikel 1 durchaus diesem Mass verpflichtet ist. Gesamthält gesehen ist meines Erachtens eine Vorlage entstanden, die nach einer Phase der Negierung eine relative Akzeptanz gefunden hat. Eine Vorlage, die den Patienten nicht zu sehr belastet und die einige gute Elemente vor der Totalrevision realisiert. Eine Vorlage, die all jenen, die auf ein Problem, das die Schweizer sehr stark bedrückt, nicht eintreten wollen, den Wind aus den Segeln nimmt. Eine Vorlage, die das Wort, man treibe nur Symptomtherapie, doch etwas abblättern lässt.

Schliesslich haben wir uns dazu entschlossen, Ihnen vorzuschlagen, einen Dringlichkeitsentwurf zu erlassen, damit der Zweirat die Zeit und die Musse erhält, die wir nicht gehabt haben, um vielleicht noch Besseres zu finden. Wir haben uns schliesslich für eine Laufzeit entschieden, die die Totalrevision möglichst früh ermöglicht.

Das ist das Ziel, das wir uns gesetzt haben, und das ist der Zwang, unter den wir uns selber gestellt haben.

Onken: Wir haben es gehört: Der geltende Bundesbeschluss läuft am 31. Dezember 1992 aus. Bis zum Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes geht es, wenn alles rund läuft, noch gut zwei Jahre, also bis zum 1. Januar 1995. Das wäre aber ein optimaler Fahrplan; dazwischen liegen nun zwei Jahre, und es sind zwei entscheidende Jahre, um die es hier geht. Wir haben vor einem Jahr, im Dezember 1991, zu Massnahmen gegen die Kostensteigerung ja gesagt. Wir haben erkannt – und das war das Hauptmotiv –, dass die Versicherten nicht länger schutzlos einem nicht nur unaufhaltsamen, sondern immer mehr an die Substanz gehenden Prämienanstieg ausgesetzt werden dürfen. Der Bundesrat hat uns schon damals einen Bundesbeschluss vorgelegt, der drei Jahre gedauert hätte, und wir haben ihn eigentlich nur deshalb auf ein Jahr begrenzt, weil wir den Kantonen noch in besonderer Weise entgegenkommen wollten.

Allen gegenteiligen Behauptungen zum Trotz muss man heute feststellen, dass der Bundesbeschluss, den wir damals in Kraft gesetzt haben, durchaus etwas gebracht hat. Die kostendämpfenden Massnahmen haben gegriffen. Sie haben die Kostenentwicklung nicht zum Stillstand gebracht, aber sie haben sie verlangsamt, haben sie gebremst. Es braucht auf diesem Gebiet natürlich etwas mehr Geduld, es braucht einen längeren Atem, bis der Bremseffekt wirklich sichtbar wird. Die Versicherten sind bei der Erhöhung der Prämien geschont worden, wie wir es beabsichtigt haben. Die Prämien sind zwar auch gestiegen; es ist nicht so, dass hier ein Stopp eingetreten wäre – die Versicherten sind mehr belastet worden, aber im Rahmen des Zumutbaren. Insgesamt 95 Prozent der Versicherten haben von diesem Beschluss profitiert; 67 Prozent haben eine Erhöhung von 10 Prozent in Kauf nehmen müssen, aber eben nicht die 20 bis 30 Prozent, die damals angesagt waren. Wenn wir nach diesen Massnahmen von damals jetzt den Deckel wegnehmen, schlittern wir in eine absolut verhängnisvolle Situation. Dann öffnen wir Tür und Tor für ein Laisser-faire, Laisser-aller, das unweigerlich auf dem Rücken der Versicherten, der Prämienzahler ausgetragen wird. Es drohen, so ist jetzt schon wieder angekündigt worden, erneut Erhöhungen der Prämien von 20 bis 40 Prozent, und das in einer

Situation, die sich mitnichten von derjenigen von vor einem Jahr unterscheidet – ganz im Gegenteil: Sie hat sich für viele Menschen in diesem Lande noch zugespitzt. Wir haben heute eine höhere Arbeitslosenzahl, wir haben die voll durchschlagende Hypothekenzinslast auf allen Haushalten, wir haben eine ganz deutlich gedrosselte Lohnentwicklung.

Auch ich sage freimütig, dass mir ein sorgfältig beratenes, ausgewogenes, kohärentes Krankenversicherungsgesetz lieber wäre als diese dringlichen Massnahmen, Massnahmen – das räume ich ebenfalls ein –, die gewisse Schwierigkeiten, gewisse Unflexibilitäten enthalten. Es wundert mich nicht, dass sie in der Vernehmlassung auf Widerstand gestossen sind.

Das Hearing, das wir veranstaltet haben, war in dieser Beziehung recht eindeutig, wobei hier freilich anzufügen ist, dass die Besetzung auch in hohem Masse einseitig war, denn es waren nur die direkt Interessierten vertreten, nicht aber diejenigen, die das Ganze vorab berappen müssen, nicht die Patienten, nicht die Konsumenten, nicht die Versicherten. Diese sind nicht angehört worden, es sei denn mittelbar über den Preisüberwacher, der ihre Interessen vertritt.

Es wäre für die Betroffenen also absolut unzumutbar, wenn wir hier nun ein Vakuum entstehen liessen und es billigten, dass die Folgen eindeutig zu deren Lasten gingen. Sie sind es, die schliesslich dann die Kosten zu zahlen haben; sie sind das letzte und meist eben auch schwächste Glied in der Kette.

Es wäre obendrein, muss ich sagen, ein parlamentarisches Possenspiel erster Güte, wollte man hier nach einem besonnenen und einsichtigen A, das man im letzten Jahr gesprochen hat, ein B nicht folgen lassen, das die Kontinuität sichert und diesen Übergang bis zum Inkrafttreten des revidierten Krankenversicherungsgesetzes ermöglicht.

Ich glaube im übrigen, dass die Kommission auch den Zweifelnden, den Zögernden die Zustimmung und das Eintreten auf diesen vorgelegten Beschlussentwurfes jetzt erleichtert. Der Kommissionspräsident, Herr Huber, hat uns, der Kommission, ein Kompliment gemacht. Ich möchte hier – ich darf das sicher auch im Namen der Kommission tun – dieses Kompliment an ihn zurückgeben, denn es war seine Umsicht und Kompetenz, die sehr wesentlich zu dieser Lösung beigetragen haben. Ich kann mich mit einigen Einschränkungen hinter diese Lösung stellen.

Ich befürworte namentlich die in Artikel 1 vorgesehene Flexibilisierung, die nicht alle Leistungserbringer über einen Kamm schert, sondern jenen entgegenkommt, die in den letzten Jahren Zurückhaltung geübt, die die Preise nicht erhöht haben; diese sollen für diese Zurückhaltung nicht bestraft werden. Hier eine gewisse Flexibilisierung der doch sehr strikten Vorschläge des Bundesrates vorzusehen, war bestimmt richtig.

Auf der anderen Seite muss ich hier meinerseits sagen, Herr Kollege Schoch, dass jeder Schritt darüber hinaus das Fuder auf die andere Seite zum Kippen brächte. Ihr von der Minderheit seid wirklich hart und unzimperlich im Hineinposten von Conditions sine quae non, die Ihr dann gleich gar nicht mehr zur Diskussion stellen wollt. Ihr verlangt den Fünfer und das Weggü, indem Ihr hier mit dem Minderheitsantrag nun noch einmal eine weitere Lockerung zugunsten der Ärzteschaft durchsetzen wollt. Das geht meines Erachtens zu weit. Auch die Ärzte sind zu einem Opfer angehalten; auch sie sollen ihren Beitrag leisten – das kann in guten Treuen von ihnen erwartet werden.

Ich bin zweitens einverstanden mit dem Entgegenkommen in Richtung Krankenkassen. Dass man also zulässt, dass die Krankenkassen die Prämien erhöhen für den Fall, wenn sie sonst ihre gesetzlich vorgeschriebenen Reserven angreifen müssten. Wenn sie diesen Nachweis erbringen, kann dort ein Zugeständnis gemacht werden. Ich befürworte auch die eher deklamatorische Bestimmung, wonach die Kantone Planungen im Gesundheitswesen durchführen sollten – sie hätten diese längst machen sollen und haben es teilweise auch versucht –, sowie jene Bestimmung, die festlegt, dass für Frauen und Männer gleiche Prämien gelten sollten; eine Neuerung, die wir ja im Eurolex-Verfahren bereits gutgeheissen haben und die auch im Krankenversicherungsgesetz vorgesehen ist. Schwerer fällt es mir, den Einbezug der Versicherten in diesen Bundesbeschluss zu billigen. Es ist ja ein Beschluss, der die

Prämienzahler entlasten sollte. Das war die ursprüngliche Absicht, der Grund für die Vorlage. Jetzt wird plötzlich gesagt, auch die Prämienzahler, auch die Versicherten, müssten in die Opfersymmetrie dieses Beschlusses einbezogen werden.

Diese Opfersymmetrie ist aber überhaupt aus dem Lot! Es geht nicht an, sie jetzt im Rahmen dieses Beschlusses herzustellen zu wollen. Ich lese in der Zeitschrift «Schweizer Versicherung» 4/92, also höchst aktuell, dass bei siebzehn untersuchten Ländern in keinem anderen Land punkto Gesundheitskosten eine so hohe Belastung für den privaten Haushalt herrscht wie in der Schweiz. Kein Land überwälzt soviel an den privaten Prämienzahler, an den Versicherten, wie unser Land. Das muss man sehen. Wer hier noch weitere Korrekturen und Verschiebungen durchsetzen will, verstärkt dieses Gefälle zu Lasten der Versicherten.

Das geschieht in diesem Beschlussentwurf gleich an drei Orten:

Erstens bei der Eingrenzung der Grundversicherung auf die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen, mit Ausnahme von ein paar Bereichen, wo Ausweitungen möglich sind. Das bedeutet eine Einschränkung; damit werden Leistungen, die bisher im Rahmen der Grundversicherung erbracht worden sind, nicht mehr ausgerichtet. Das heisst nichts anderes, als dass sie entweder aus eigener Tasche berappt werden oder aber über den Abschluss von Zusatzversicherungen mit entsprechenden Prämien. Das lässt sich nicht beziffern, aber es dürfte einige Millionen Franken Kostenverlagerung bedeuten.

Ein zweiter Bereich: Die Abgeltung von Arzneimitteln ist auf die Spezialitätenliste beschränkt worden. Bisher wurden alle Arzneimittel, alle Heilmittel, von den Versicherungen übernommen, jetzt nur noch jene, die auf dieser Spezialitätenliste stehen. Auch das bedeutet, dass der einzelne entweder aus eigener Tasche zahlen oder aber eine Zusatzversicherung abschliessen muss.

Es bedeutet noch einiges mehr: Ganz bestimmte Heilmittel werden nun nicht mehr berücksichtigt, weil sie nicht auf die Spezialitätenliste kommen. Wenn das durchgeht, müsste hier zu allermindest die zuständige Kommission erweitert werden, denn ein sehr einseitiger «Klub» entscheidet bisher über Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Medikaments auf die Spezialitätenliste. Es müssten z. B. Vertreter der Alternativmedizin, der Homöopathie und anderer Bereiche einbezogen werden, damit die Spiesse wenigstens gleich lang sind.

Die dritte Kostenverlagerung betrifft die Kostenbeteiligung im stationären Bereich, also den Einbezug der Franchise und das Taggeld, das bei einem Spitalaufenthalt entrichtet werden soll. Ursprünglich waren so 300 bis 400 Millionen Franken Ueberwälzung vorgesehen; ich nehme an, dass durch die Begrenzung des Höchstbetrages der Eigenbeteiligung auf 500 Franken eine Reduktion erfolgt ist. Aber 200 bis 300 Millionen Franken sind es allemal, die auch hier wieder auf die Versicherten überwälzt werden.

Es ist also eine dreifache Mehrbelastung in diesem Beschluss vorgesehen. Sie ist so nicht annehmbar. Das Fuder ist überladen; es gilt hier eine Korrektur vorzunehmen. Herr Roth und ich schlagen Ihnen vor, auf diese Kostenbeteiligung im stationären Bereich zu verzichten, es bei den anderen beiden, die schon schmerzlich genug sind, zu belassen, aber nicht darüber hinauszugehen.

Ich fasse zusammen: Ich bin für Eintreten auf die Vorlage. Ich bin dafür, dass wir Kontinuität schaffen und dass der Bundesbeschluss, der Ende dieses Jahres ausläuft, verlängert wird. Ich bin aber nicht dafür, dass die Opfersymmetrie zu Lasten der Versicherten einseitig interpretiert wird, und bitte Sie, bei der Kostenbeteiligung im stationären Bereich eine Korrektur vorzunehmen. Und ich bin gegen jede weitere Aufweichung des Artikels 1, wie sie in Minderheitsanträgen vorgeschlagen wird.

On. Morniroli: Nel mio intervento del dicembre 1991, avevo messo in dubbio la presenza di basi costituzionali per l'emanazione di un decreto urgente a proposito dei costi della salute.

Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ist seit zwanzig Jahren bekannt, womit die zeitlichen Voraussetzungen fehlen.

Auch die materiellen Voraussetzungen sind nicht gegeben, da die Gesamtausgaben mit rund 7 Prozent des Bruttosozialproduktes absolut im Mittel derjenigen aller Industrienationen liegen.

Ich knüpfe an die Aussage von Herrn Schoch an und muss, was das revidierte KVG anbelangt, festhalten, dass – das muss ganz klar gesagt werden – die Kosten im Gesundheitswesen nicht wesentlich reduziert werden können, auch nicht wesentlich gebremst; es sei denn, man limitiere die Leistungen wie in anderen Ländern, wo über 65jährige Patienten einfach nicht mehr in Intensivstationen aufgenommen werden, um nur ein Beispiel zu nennen.

Angesetzt werden muss bei der Finanzierung. Ich sehe zwei Hauptpfeiler: erstens eine reelle, für alle gleiche Prämie, wobei für die finanzschwachen Versicherten eine direkte Subventionierung erfolgt, indem z. B. der zugestandene Betrag direkt bei der Steuerrechnung abgezogen wird – kein Problem in der Computeraera, denke ich –; zweitens progressive, den finanziellen Verhältnissen des einzelnen angepasste Kostenbeteiligungen. Der Selbstbehalt pro Jahr darf für gewisse Leute ruhig bei 10 000 oder auch mehr Franken liegen. Nur mit einer angemessenen Kostenbeteiligung kann eine Dämpfung des «Konsumismus», der im Bereich der Medizin existiert, erreicht werden.

Um auf die Verfassungsmässigkeit zurückzukommen: Ich will mich nicht auf juristische und verfassungsrechtliche Aeste hinauslassen, frage mich aber, ob die Überlegungen von Professor Thomas Fleiner von der Universität Freiburg auch auf den Bereich der Tarifplafonierung zutreffen. In einem Rechtsgutachten hat er die Prämienplafonierung im Bereich der Krankenversicherung als verfassungswidrig beurteilt. Ich überlasse es den Rechtsgelehrten, diesen Punkt zu klären. *Considération générale. Les efforts du corps médical pour contribuer à freiner la hausse des coûts n'ont jamais été reconnus.*

Die Kostensteigerung sei eine Folge der Mengenausweitung, wird von seiten der Krankenkassen und Behörden gesagt. Nun gut. Allerdings kann der einzelne Arzt über die Menge nur die Kosten pro Fall beeinflussen, nicht aber die pro Jahr anfallenden Gesamtkosten, welche ja auch durch die vom Arzt nicht beeinflussbare Anzahl der Fälle entstehen.

Es lohnt sich, einen Blick in die letzte vom Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlichte Statistik über die soziale Krankenversicherung zu werfen: Zwischen 1989 und 1990 – in der letzten statistisch erfassten Jahresentwicklung – ist der LKP (Landesindex der Konsumentenpreise) um 5,4 Prozent, der Lohnindex um 5,8 Prozent, der Teilindex ärztliche Leistungen um 2 Prozent – inklusive Mengenausweitung – angestiegen. Die Verwaltungskosten der Krankenkassen sind in der gleichen Zeitspanne um 12 Prozent gestiegen.

Sozusagen einem «Geschenk des Himmels» ist die bescheidene Zunahme bei den ärztlichen Behandlungskosten nicht zuzuschreiben. Sie ist zumindest teilweise Ausdruck und Resultat der Bemühungen der Aerzte um ein kostenbewusstes Praktizieren und einer restriktiven Tarifpolitik. Dieses stete Bemühen ist denn auch nicht spurlos am durchschnittlichen Aerzteinkommen vorübergegangen. Ein realer Einkommensverlust von rund 25 Prozent – gegenüber einer Steigerung der Angestelltengehälter und Arbeiterlöhne um nahezu 40 Prozent – innerhalb von zwanzig Jahren war die Folge. Wachsende wirtschaftliche Schwierigkeiten bis hin zu derzeit noch vereinzelt – ich frage mich wie lange noch – Konkursanmeldungen sind die logische Konsequenz dieser Sparbemühungen.

Zusammenfassend: Warum will man eigentlich die Tarife stoppen, wenn doch ihr Anstieg schon seit Jahren unter dem Anstieg der Konsumentenpreise und noch deutlicher unter demjenigen der Löhne liegt? Warum überhaupt ein Tarifstopp, wenn man zugibt, dass das Problem gar nicht dort liegt?

Hierbei ist noch zu bemerken, dass die Tarife, die bei der Krankenversicherung zur Anwendung gelangen, ausgehandelt zwischen kantonalen Aerztesellschaften und Krankenkassenverbänden, den Kantonsregierungen zur Genehmigung unterbreitet, seit neuestem auch dem eidgenössischen Preisüberwacher vorgelegt werden müssen.

Zu meinen Anträgen: Der Zentralvorstand der FMH lehnt den Tarifstopp generell ab. Als Parlamentarier schlage ich eine sicherlich annehmbare Kompromisslösung vor. Gut, die Aerzte sollen nochmals ein Opfer erbringen, aber auch andere sollen an der Kostendämpfung mitwirken. Für einen Arzt mit freier Praxis kommt ein Tarifstopp ja nicht einer Stabilisierung seines Einkommens gleich, sondern einer Reduktion seines Realeinkommens. Rund 50 Prozent der Bruttoeinnahmen werden anerkannterweise durch die Praxiskosten aufgebraucht, und diese machen vor der Teuerung nicht halt.

Da es letzten Endes um eine Einsparung im Bereiche des Bundeshaushaltes geht, werde ich eine Motion einreichen – gewissermassen als flankierende Massnahme, oder um die Opfersymmetrie von Herrn Onken ein bisschen auszudehnen –, welche Begrenzungen, wie ich sie in meinem Antrag für das Personal im stationären Bereich vorsehe, analog für den Teuerungsausgleich des Bundespersonals fordert.

Alle sollen ein bisschen mithelfen dürfen, auch die Bundesräte und die hohen Beamten, inklusive der Preisüberwacher, der ja sowieso mit dem guten Beispiel vorausgehen sollte. In diesem Sinne werde ich für Eintreten stimmen und dann in der Detailberatung meinen Antrag erläutern.

Les efforts du corps médical pour contribuer à freiner la hausse des coûts n'ont jamais été reconnus à leur juste valeur par le public. C'est pourquoi, nous autres médecins, avons appris à vivre avec cette réalité et nous nous sommes efforcés, pour la bonne cause, de satisfaire aux préceptes de l'économie avec des moyens de plus en plus restreints, et de maintenir malgré tout le haut niveau des prestations. Les statistiques en sont la preuve. Sur la base de l'indice de cent pour le mois de décembre 1982, les prestations médicales ont atteint 127,4 au mois d'avril 1992, alors que l'indice général des soins de santé est passé à 143,4 et l'indice suisse des prix à la consommation (ISPC) à 133,3 au cours de la même période.

La progression des dépenses de la santé dans le domaine des soins ambulatoires, laquelle dépasse celle de l'ISPC, s'explique par le phénomène de l'extension du volume des prestations. Ce facteur de coût a lui-même des origines complexes et ne peut être simplement imputé au corps médical en le qualifiant de solution de facilité pour obtenir une compensation du renchérissement. Bien que sur un plan purement théorique pour le moment, ce point de vue a été admis de manière générale, les implications pratiques se font encore attendre.

Dans ce contexte, le Conseil fédéral présente son programme de mesures urgentes pour 1993–1994 contre l'augmentation des coûts de l'assurance-maladie, programme dont il est déjà reconnu qu'il ne résout rien. Il ne fait que remettre à plus tard la résolution de problèmes qui seront alors devenus encore plus brûlants.

Cédant à la pression des cantons, le gouvernement nous propose de desserrer quelque peu le frein imposé aux dépenses des hôpitaux, responsables à eux seuls de la moitié des coûts, et pour cela d'imposer un gel absolu des tarifs aux médecins en pratiques privées qui ne représentent, quant à eux, que le sixième des coûts de la santé. Lorsque M. Cotti, conseiller fédéral, affirme que ce blocage des tarifs ne demande qu'un petit effort de la part des médecins, il oublie volontairement les sacrifices que ceux-ci font, année après année, depuis plus de vingt ans, sous la forme d'adaptations tarifaires tronquées et généralement retardées de plusieurs années, à l'exemple du canton de Soleure, où la dernière adaptation a eu lieu le 1er janvier 1985, sur un indice de 1984.

Bundesrat Cotti: Man muss feststellen, dass Sie trotz der ungewohnten Stunde, und nachdem Sie Ihre Blicke in diesen Wochen eher über die Grenzen richteten, noch in der Lage sind, über die landesinternen Probleme sehr vertiefte und interessante Diskussionen zu führen.

Ich möchte Herrn Kommissionspräsident Huber auch ein Wort der Anerkennung aussprechen. Es war wirklich nicht leicht, in wenigen Wochen eine so schwierige Thematik anzupacken und besonders innerhalb eines relativ reduzierten Bundesbeschlusses doch die wesentlichen Probleme, die mit unserem Gesundheits- und Krankenversicherungssystem verbunden

sind, noch einmal herauszustreichen. Dies ist Ihnen gelungen, und ich möchte der Kommission für ihre Arbeit danken.

Einige von Ihnen haben ihr Votum mit einem Blick auf das Umfeld begonnen, in welchem man sich im Krankenversicherungsbereich bewegt. Ich gestatte mir, dasselbe zu tun.

Ich wiederhole einfach die Zahl, die hier schon genannt worden ist. Es sind natürlich nur Schätzungen, aber wir wissen ja, dass in diesen Bereichen die Schätzungen eher zu tief als zu hoch ausfallen. Es sind die Schätzungen des Bundesamtes für Sozialversicherung bezüglich der Kosten- und Prämienentwicklungen bis 1994.

Warum 1994? Weil man sehr optimistisch damit rechnet, dass die Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes bis dann in Kraft tritt. Diese Schätzungen gehen von einem durchschnittlichen Prämienwachstum zwischen 20 und 30 Prozent aus, dem ein Kostenwachstum von 12 bis 15 Prozent vorangeht.

Wenn Sie sich die Prämienentwicklung der letzten Jahre ansehen und sie mit der Entwicklung der Teuerung vergleichen, dann verstehen Sie mindestens zweierlei: erstens, dass diese Entwicklung für eine immer breitere Schicht unserer Bevölkerung untragbar wird; und zweitens, dass die Behauptung, die ich schon oft aufgestellt habe – die Krankenversicherung sei im ganzen Sozialversicherungsbereich der Schweiz bei weitem der am wenigsten soziale Sektor –, nicht nur stimmt, sondern je länger, je mehr stimmt. Das soll gleichsam das Umfeld der heutigen Debatte sein.

Das bedeutet, dass nach meiner persönlichen Auffassung dieser Trend nicht mehr viele Jahre so wird anhalten können. Man gelangt in die Nähe eines Bruchs, welcher unser heutiges Gesundheitssystem und die entsprechenden Versicherungen in irgendeiner Form ins Wanken geraten lässt. Ich wage diese Behauptung und wünsche mir, dass mir die künftige Entwicklung widersprechen wird.

Wenn es zu diesem Bruch kommen würde, wäre das besonders schmerzhaft; denn wir haben ein gutes System. Wenn wir es mit den Systemen im Ausland vergleichen, ist es sogar ausgezeichnet. Wir wollen nicht lange darüber diskutieren, ob wir erste und zweite Klassen haben. Wir wissen, dass man in unserem System auch in der zweiten Klasse ausgezeichnet behandelt wird, im medizinischen und im wissenschaftlichen Bereich wie auch im Betreuungsbereich. Wir möchten deshalb an diesem System festhalten. Das hat Ihnen der Bundesrat einige Male gesagt.

Aber ich betone noch einmal: Der Bruch nähert sich, wenn nichts getan wird. Wie soll ich das erklären, damit Sie nicht lange eine Interpretation des Bruchs verlangen müssen? Es wird natürlich keine Revolution entstehen. Aber das Schweizer Volk könnte gefährliche Änderungen am System veranlassen, die dann die Qualitäten des Systems wesentlich gefährden könnten. Auch das muss eine Rahmenbedingung für die heutige Diskussion sein.

Die Totalrevision ist angesprochen worden. Sie ist das «Allheilmittel», wenn Sie mir das Wort in der Diskussion über das Gesundheitssystem gestatten. Die Totalrevision wird sogar gleichsam als Wundermittel betrachtet. Wir sollten bis dahin warten und uns durchkämpfen, wurde gesagt.

Frau Beerli, Herr Schoch, wem sagen Sie das? Ich kämpfere seit Jahren für die Totalrevision, und wir wollen sie so schnell wie möglich durchberaten haben. Wenn Sie mir gestatten, das zu sagen: Es liegt auch ein bisschen an Ihnen; denn der Revisionsentwurf ist ja jetzt bei Ihnen.

Wir möchten also die Totalrevision erstens rasch durchberaten haben und sie zweitens intakt durchbekommen. Bei diesen Problemen ist es sehr leicht, die Zähne herauszurechnen, die wirklich greifen; denn wenn man Totalrevision sagt, kennt man ja die Inhalte noch nicht.

Ich wünsche genau wie Sie, dass die Totalrevision schnell, sehr schnell über die Bühne des Parlamentes geht. Ich bin ja auch ein wenig daran beteiligt.

Doch sage ich Ihnen jetzt schon: Diese Totalrevision wird nicht so leicht durchkommen, wenn sie eine Totalrevision bleiben soll. Das sage ich heute nicht zum ersten Mal. In den verschiedenen Diskussionen zur Volksinitiative der Krankenkassen habe ich oft gesagt: Es ist sehr schön zu sagen: Kämpfen wir

gegen die Initiative der Krankenkassen, wir haben die Totalrevision.

Diese Totalrevision wird nicht leicht durchkommen. Ich sage Ihnen auch warum, Herr Schoch: Nicht etwa, weil wir jetzt über kurzfristige Massnahmen diskutieren, die dem einen passen und dem anderen nicht, sondern weil die Philosophie, die wir hier bei diesen kurzfristigen Massnahmen im kleinen haben, auch die Totalrevision kennzeichnet.

Herr Huber hat es schön gesagt: Wir leben in einem System der hochentwickelten Egoisten. Ich möchte Sie bitten, Herr Schoch: Wenden Sie sich an diese Egoisten, sollte die Totalrevision unglücklicherweise scheitern, und fragen Sie nicht, ob jetzt für eine Ueberbrückung gewisse Massnahmen notwendig sind oder nicht.

Ich möchte schon heute davor warnen, die Proportionen aus den Augen zu verlieren. Wir haben in der Krankenversicherung seit Jahrzehnten keine kleine und keine grosse Revision erreicht, auch wenn keine mittelfristigen und kurzfristigen Massnahmen bevorstanden. Es sind eben die hochentwickelten Egoisten, die das verhindert haben. Und wenn heute jemand in diesem Saale meinen sollte, die heutige Diskussion der kurzfristigen Massnahmen verhindere die künftige Totalrevision, dann muss ich ihm antworten: So ist es nicht.

Forschen wir nach den Gründen für ein mögliches Scheitern der Totalrevision: Sie wird – das muss ich sagen – allen Beteiligten grössere Opfer abverlangen als die kleinen Revisionen, die der Bundesrat heute für ein Jahr zu verlangen wagt.

Wir stehen weiterhin für eine Totalrevision ein, und ich bin Ihrer Kommission dankbar, dass sie so schnell vorangeht. Ich hoffe, dass der Nationalrat ein ähnliches Tempo anschlagen wird. Ob es bis zur Totalrevision noch ein oder zwei Jahre dauert, so lautet doch die Frage: Wie sollen wir diese Zeit angesichts der Kosten- und Prämienentwicklung überbrücken?

Der Bundesrat hat Ihnen einige Vorschläge unterbreitet. Frau Beerli, ich sage Ihnen gleich – damit wir uns im klaren sind –, dass der Bundesrat auch keine Freude an diesen Vorschlägen hatte. Der Bundesrat ist nicht froh, hier gewisse Opfer verlangen zu müssen. Wir hätten lieber ein System, welches auch in der Kosten- und in der Prämienfrage funktionieren würde. Aber wir mussten handeln. Es kam eine Vernehmlassung mit einem total negativen Resultat. Zwar waren einige welsche Kantone dafür. Einige Vernehmlasser waren dafür; ich komme nachher darauf zurück. Aber die meisten anderen waren dagegen.

Kurz eine Klammerbemerkung: Die Patientenorganisationen, Frau Beerli, und die Konsumentenorganisationen waren natürlich dafür. Das muss man selbstverständlich sagen. Sie haben wahrscheinlich ein kleineres Gewicht, aber auf alle Fälle weniger Möglichkeiten, sich bemerkbar zu machen, als andere, ebenfalls bedeutungsvolle Organisationen. Wie ich vornehmen habe, wurden in den Hearings mehr Vertreter von Leistungserbringern angehört als von Organisationen, die sich positiv aussprachen.

Aber gehen wir von der Voraussetzung aus, dass die Vernehmlassung negativ war. Die Frage lautete dann für den Bundesrat: Wollen wir es wagen, dem Parlament trotz der allgemeinen negativen Haltung unsere Vorschläge zu unterbreiten, oder wollen wir den meisten Vernehmlassern folgen und einfach auf kurzfristige Ueberbrückungsmassnahmen verzichten?

Ich glaube, der Bundesrat hat hier seine politische Verantwortung wahrgenommen.

Wer in guten Treuen meint, er dürfe nicht eintreten, soll es tun. Wir waren der Meinung, dass trotz der grossen Opposition der Versuch gemacht werden muss. Wir haben das im echten, substantiellen Sinne getan und in der Meinung, dass am Schluss jeder seine Verantwortung übernehmen müsse. Beim Bundesrat liegt sie nicht mehr. Beim Parlament könnte die Verantwortung liegen, wenn Sie nicht eintreten.

Welches sind die Ziele unserer kurzfristigen Ueberbrückungsmassnahmen? Das erste Ziel ist – wie letztes Jahr –, Massnahmen zu beschliessen, die besonders bei den Versicherten und den Kranken eine Ueberbrückung gestatten. Ich betone: besonders bei den Versicherten und den Kranken. Denn wenn man von Opfersymmetrie spricht, darf man nicht vergessen,

dass in den vergangenen Jahren die Opfer besonders von ihnen getragen worden sind.

Schauen Sie einmal, wie die Entwicklung bei den Prämien war, und vergleichen Sie die Entwicklung in den anderen Sektoren. Sie werden dann feststellen, dass ohne Zweifel dort die grössten Opfer gebracht worden sind. Deshalb möchte ich mich dagegen wehren, hier eine neue Opfersymmetrie herzustellen, die die Zeit schon hergestellt hat. Unser Hauptziel war, eine Ueberbrückung zu finden, die die Versicherten und Kranken in diesem Lande möglichst schont.

Ein zweites Ziel ist dasselbe, das wir schon letztes Jahr im Entwurf hatten, den Sie leider auf ein Jahr beschränkt haben. Es entspricht dem Mandat des Parlamentes: Sie haben gesagt, besonders die Interessen der Kantone seien zu wahren. Ich muss hinzufügen: Das war für uns verbindlich; deshalb schlägt Ihnen der Bundesrat eine Lösung vor, die den Kantonen eindeutig besser entgegenkommt als diejenige des letzten Jahres.

Die dritte Zielsetzung war es, aufgrund der letztjährigen Erfahrungen diejenigen noch etwas mehr zu schonen, die letztes Jahr etwas schlecht davongekommen sind – ich meine die Krankenkassen.

Lassen Sie mich noch ein Wort über die Resultate der letztjährigen Beschlüsse für 1992 sagen. Es ist vielleicht dem Schweizer Volk zu wenig bekannt, aber wir sind in der Lage zu sagen, dass bis heute 67 Prozent aller Versicherten in der Schweiz ihre Prämien nicht über 10 Prozent haben anwachsen sehen. 67 Prozent haben also profitiert. Für weitere 28 Prozent der Versicherten liegen noch drei Beschwerden beim Bundesrat vor. Sollten diese auch abgewiesen werden, wie es das EDI in erster Instanz schon gemacht hat, dann lägen wir bei 95 Prozent. Das BSV hat den Krankenkassen nur bei 5 Prozent aller Versicherten Ausnahmen gewährt, die über 10 Prozent hinausgingen. Das soll Ihnen doch beweisen, dass die Massnahmen gegriffen haben, denn Sie wissen es: Es lagen Prämien-erhöhungen in der Grössenordnung von 23 bis 30 Prozent in der Luft.

Die Massnahmen des letzten Jahres haben also eindeutig gegriffen, aber die Lasten wurden leider zum grössten Teil von den Krankenkassen getragen. Die Massnahmen auf der Kostenseite, die wir vorgesehen hatten, konnten noch nicht greifen – wir hatten das letztes Jahr vorausgesagt. Sie haben es gestoppt, und so ist es so herausgekommen, dass die Kassen eindeutig die Leidtragenden waren. Deshalb ist es unser drittes Ziel, auch die Krankenkassen hier etwas mehr zu schonen. Wenn das gesagt wird, dann sehen Sie, wie unsere Vorschläge sich ausgestaltet haben. Wir haben eine Erhöhung der Tarife für ein Jahr von vornherein ausgeschlossen, und für das folgende Jahr ist die Frage noch offen, und zwar nicht nur für die Aerzte, sondern auch für die anderen Leistungserbringer. Ist es zuviel, ist es zuwenig? Wir werden in der Diskussion zu Artikel 1 darauf zu sprechen kommen.

Ich sage das, auch wenn ich weiss, dass die Aergteschaft in diesem Lande das nicht gern hört. Ich sage, dass dies für ein Jahr zumutbar ist. Es ist – trotz Ihrer Bemerkungen, Herr Schoch – zumutbar. Natürlich gibt es für gewisse Aerzte in diesem Jahr einen kleinen Gewinneinbruch. Aber betrachten Sie doch die Entwicklung, die es in den letzten Jahren gegeben hat, und vergleichen Sie sie noch einmal mit derjenigen hinsichtlich der Patienten und der Versicherten. Es tut mir leid, das sagen zu müssen: aber es gibt doch gewisse Ungleichgewichte, die wir wieder ausgleichen sollten. Niemals hätten wir es gewagt, das für eine lange Zeit zu machen. Aber für ein Jahr schien uns das objektiv vertretbar.

Dazu eine Klammerbemerkung: Sie wissen, diese Probleme betreffen ja nicht nur die Schweiz. Die Bundesrepublik Deutschland befindet sich in einer ähnlichen Situation; ich könnte sogar sagen, in einer noch verfahreneren Situation, als es die unsrige ist. Jetzt lese ich in Zeitungen aus der Bundesrepublik Deutschland Vorschläge dieser Art.

Ich erwähne einen anderen Sektor, der hier involviert ist: Von der Chemie wird gesagt – ich zitiere den Chef einer Grossfirma aus der Bundesrepublik Deutschland –: «Wir haben von uns aus angeboten, zwei Jahre lang auf Preiserhöhungen für Arzneimittel zu verzichten.» Ich wäre froh, wenn man einmal frei-

willig in zumutbarer Art und Weise auch bei uns in diese Richtung gehen könnte. Man würde wahrscheinlich nicht mehr dem Bundesrat vorwerfen, er komme mit starren, unzumutbaren Massnahmen und Vorschlägen.

Aber so weit sind wir nicht gekommen; wir hätten auch unserer Aergteschaft für ein Jahr diese Geduld zugemutet, die nicht zu sehr schmerzt. Wenn das nicht möglich ist, muss man sich halt damit abfinden.

Ich möchte jetzt noch kurz über die Frage berichten, wie sich der Bundesrat zu den Anträgen der Kommission stellt. Die Anträge der Kommission haben – wie Herr Huber gesagt hat – eine gewisse Flexibilität gebracht. Zum Teil wird sie der Bundesrat nicht bestreiten. Ich werde bei der Behandlung der entsprechenden Artikel darauf zurückkommen.

Bereits hier möchte ich sagen, dass die Ausnahmen bei Artikel 1, die – wenn die heutigen Informationen stimmen – potentiell für die Aergteschaft in fünf Kantonen vorgesehen werden, sofern die anderen Bedingungen von Artikel 1 Absatz 2 erfüllt sind, mich nicht begeistern. Ich sage das einmal mit dieser Formulierung.

Es ist wahr, dass die Aergteschaft dieser fünf Kantone ein Jahr länger oder ein paar Jahre länger mit Anpassungen des Taxpunktwerthes gewartet hat. Aber es wäre möglicherweise zumutbar, dass man auch ein Jahr weiter zurückgeht. Es kommt bei mir keine Begeisterung für diesen Vorschlag auf.

Dann komme ich aber auf das Hauptthema zurück, nämlich auf das Thema der Kranken und der Versicherten, um Ihnen zu sagen, dass mir besonders Artikel 3 wirklich nicht gefällt. Sie haben in Artikel 7 Vorschläge gebracht, die auch von den Kranken und von den Versicherten gewisse Opfer verlangen. Im Sinne eines Entgegenkommens für die an sich berechtigten Anliegen der Kommission könnte sich der Bundesrat mit den Vorschlägen in Artikel 7 zufriedengeben. Artikel 3 gibt uns mehr zu schaffen, und zwar wegen der Ausgestaltung der Selbstbehalte.

Letzten Endes bin ich der Kommission dankbar, dass sie Eintreten beantragt. Ich bin auch dankbar für Ihren grossen Beitrag zu einer Diskussion, die heute noch nicht beendet ist, und bitte um Eintreten.

*Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen
Le conseil décide sans opposition d'entrer en matière*

Detailberatung – Discussion par articles

Titel und Ingress

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Titre et préambule

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 1

Antrag der Kommission

Mehrheit

Abs. 1

... geltenden Höhe begrenzt. Für die Spezialitätenliste der zur Rezeptur für die Krankenkassen empfohlenen pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel gilt der 15. September 1992 als Stichtatum.

Abs. 2

Wurde der Taxpunktwert in den Jahren 1990–1992 nicht angepasst und ist nachgewiesen, dass die Behandlungskosten je versicherte Person und Jahr bei den betreffenden Leistungserbringern gleichzeitig um nicht mehr als den Landesindex der Konsumentenpreise plus einen Drittel angestiegen sind, so gestattet der Bundesrat für 1993 in Abweichung von Absatz 1 bei diesen Leistungserbringern eine Erhöhung des Taxpunktwerthes. Der Taxpunktwert darf jedoch nur so weit erhöht werden, dass der Anstieg der Behandlungskosten je versicherte Person voraussichtlich höchstens einen Drittel über dem Anstieg des Landesindex der Konsumentenpreise im Jahr 1993 liegt.

Abs. 3 (neu)

(Gemäss Entwurf des Bundesrates zu Art. 1 Abs. 1 zweiter und dritter Satz)

Minderheit

(Schüle, Beerli, Loretan, Schiesser, Schoch)

Abs. 1

Die Tarife und Preise für Leistungen der Krankenversicherung im ambulanten Bereich dürfen nur so weit erhöht werden, dass der Anstieg der durchschnittlichen Behandlungskosten je versicherte Person und Jahr voraussichtlich höchstens einen Drittel über dem Anstieg des Landesindex der Konsumentenpreise liegt. Wenn nach den letzten verfügbaren Angaben der Anstieg der Behandlungskosten je versicherte Person und Jahr bereits um mehr als einen Drittel über der Entwicklung des Landesindex der Konsumentenpreise liegt, untersagt die zuständige Behörde eine Erhöhung der Tarife und Preise.

Abs. 2

Werden Erhöhungen von Tarifen oder Preisen beantragt, so prüft die zuständige Behörde, ob die beantragte Erhöhung aufgrund der durchschnittlichen Behandlungskosten im Anwendungsbereich des Tarifvertrages oder der Liste zulässig ist.

Zuständig ist:

- die Kantonsregierung bei der Genehmigung von Tarifverträgen;
- das Eidgenössische Departement des Innern (Departement) bei Tarifänderungen der Analysenliste und der Arzneimittelliste;
- das Bundesamt für Sozialversicherung (Bundesamt) bei Preiserhöhungen von Arzneimitteln in der Spezialitätenliste.

Minderheit

(Onken)

Abs. 4 (neu)

Für Medikamente gelten diese Bestimmungen bis zum Inkrafttreten eines europäischen Preisvergleichsmodells, das eine marktnahe Festsetzung und Anpassung der Medikamentenpreise ermöglicht. Das Departement erlässt dazu die Ausführungsbestimmungen in Ergänzung der Verordnung X vom 19. November 1968 über die Krankenversicherung betreffend die Aufnahme von Arzneimitteln in die Spezialitätenliste.

Antrag Momiroll

(gemäss Entwurf des Bundesrates)

Abs. 1

Die Tarife und Preise für Leistungen der Krankenversicherung im ambulanten Bereich werden, den kantonalen Gegebenheiten Rechnung tragend, wie folgt begrenzt:

Letzter Teuerungsausgleich **Teuerungsausgleich auf 1.1.93**
in der Periode: **in Prozenten der LIKP-Zunahme**
1.1.1992–31.12.1992

1.1.1992–31.12.1992	0
1.1.1990–31.12.1991	25
1.1.1988–31.12.1989	50
1.1.1986–31.12.1987	75
vor 31.12.1985	100

Liegt der Anstieg der durchschnittlichen Arztkosten je versicherte Person im Jahre 1992

Abs. 2

.... der Konsumentenpreise indexiert. Der Teuerungsausgleich an das Personal wird wie folgt begrenzt:

Jährliches Bruttoeinkommen	Ausgleich in Prozenten
des Lohnindex	
weniger als 80 000 Franken	100
80 000–99 999 Franken	75
100 000–119 999 Franken	50
120 000–139 999 Franken	25
mehr als 140 000 Franken	0

Die Leistungserbringer weisen die Aufteilung

Abs. 3 (neu)

Der Teuerungsausgleich an das Personal der Krankenkassen unterliegt den gleichen Einschränkungen wie jener für das Personal im stationären Bereich gemäss Absatz 2.

Art. 1

Proposition de la commission

Majorité

Al. 1

.... vigueur le 30 juin 1992. Pour la liste des spécialités pharmaceutiques et des médicaments confectionnés admis pour la prescription dont la prise en charge est recommandée aux caisses-maladie, la date de référence est le 15 septembre 1992.

Al. 2

Lorsque la valeur du point n'a pas été adaptée lors des années 1990 à 1992 et qu'il est établi que durant cette période l'augmentation des coûts de traitement, par assuré et par année, de certains fournisseurs de prestations, n'a pas dépassé de plus d'un tiers celle de l'indice suisse des prix à la consommation, le Conseil fédéral autorisera, en dérogation à l'alinéa 1, une augmentation de la valeur du point pour les fournisseurs concernés. La valeur du point ne pourra cependant être augmentée que dans la mesure où l'augmentation des frais de traitement par assuré ne dépassera probablement pas de plus d'un tiers, pour 1993, l'augmentation de l'indice suisse des prix à la consommation.

Al. 3 (nouveau)

(Selon art. 1 al. 1 deuxième et troisième phrases du projet du Conseil fédéral)

Minorité

(Schüle, Beerli, Loretan, Schiesser, Schoch)

Al. 1

Les tarifs et les prix applicables aux prestations de l'assurance-maladie ne peuvent être augmentés que dans la mesure où l'augmentation prévisible des frais annuels moyens de traitement par assuré ne dépasse pas de plus d'un tiers celle de l'indice suisse des prix à la consommation. Lorsque, selon les dernières données disponibles, l'accroissement des frais annuels de traitement par assuré dépasse déjà de plus d'un tiers l'évolution de l'indice suisse des prix à la consommation, l'autorité compétente interdit une augmentation de tarifs ou de prix.

Al. 2

Lorsque des augmentations de tarifs ou de prix sont demandées, l'autorité compétente examine si cette augmentation peut être admise au regard des frais moyens de traitement dans le champ d'application de la convention ou de la liste considérée. Est compétent:

- le gouvernement cantonal, lors de l'approbation de conventions tarifaires;
- le Département fédéral de l'intérieur, lors de modifications de tarifs dans la liste des analyses ou la liste des médicaments;
- l'Office fédéral des assurances sociales (office fédéral), lors de relèvements du prix de médicaments inscrits dans la liste des spécialités.

Minorité

(Onken)

Al. 4 (nouveau)

Pour les médicaments, ces dispositions sont applicables jusqu'à l'entrée en vigueur d'un modèle européen de comparaison des prix qui permet de déterminer et d'adapter les prix des médicaments à ceux d'un marché libre. Le département édicte les dispositions d'application nécessaire en complément à l'ordonnance X du 19 novembre 1968 concernant l'admission des médicaments sur la liste des spécialités.

Proposition Momiroll

(selon le projet du Conseil fédéral)

Al. 1

Les tarifs et les prix applicables aux prestations de l'assurance-maladie dans le domaine ambulatoire sont limités de la manière suivante et compte tenu des circonstances propres au canton:

Si la dernière adaptation au renchérissement a eu lieu au cours de la période la compensation du renchérissement au 1.1.1993 sera (pour cent de l'augmentation de l'IPC 1.1.1992-31.12.1992)

1.1.1992-31.12.1992	0
1.1.1990-31.12.1991	25
1.1.1988-31.12.1989	50
1.1.1986-31.12.1987	75
avant le 31.12.1985	100

Si, en 1992, l'augmentation des frais moyens

Al. 2

.... d'après l'indice suisse des prix à la consommation, la compensation du renchérissement octroyée au personnel est limitée de la manière suivante:

Revenu annuel brut	Compensation (pour cent de l'indice des salaires)
moins de 80 000 francs	100
80 000-99 999 francs	75
100 000-119 999 francs	50
120 000-139 999 francs	25
plus de 140 000 francs	0

Les fournisseurs de prestations justifient

Al. 3 (nouveau)

La compensation du renchérissement accordée au personnel des caisses-maladie est soumise aux mêmes limites que pour le personnel occupé dans le domaine hospitalier, selon l'alinéa 2.

Abs. 1-3 - Al. 1-3

Frau Simmen, Berichterstatterin: Ich möchte Ihnen vorschlagen, die Absätze 1 bis 3 von Artikel 1 gemeinsam zu behandeln. Sie sehen, dass die Versionen Bundesrat, Kommissionenmehrheit und Kommissionenminderheit auf der Fahne jeweils sehr kunstvoll nebeneinandergestellt sind. Auch wenn die Nummerierung nicht der gewöhnlichen entspricht, entsprechen sich die Inhalte jeweils horizontal. Ich möchte darum bitten, dass wir sie demgemäss behandeln.

Zum Materiellen: Hintergrund der ganzen Bestimmung ist die Tatsache, dass der Kostenanstieg auch 1992 wieder über 12 Prozent beträgt. Der ambulante Sektor, inklusive Medikamente, ist mit 60 Prozent daran beteiligt, d. h. mit anderen Worten, dass eine Massnahme, die hier ansetzt, auch greifen wird. Zudem belastet der ambulante Sektor die Prämienzahler mehr als der stationäre, denn der Versicherte zahlt einen Selbstbehalt von 10 Prozent, und die restlichen 90 Prozent werden von den Krankenkassen über die Prämien bezahlt - im Unterschied zur stationären Behandlung, wo eben an den Spitälern die Kantone in grösserem oder kleinerem Masse beteiligt sind.

In den ambulanten Kosten sind sowohl die ärztliche Behandlung als auch die Medikamente und die Behandlung durch ärztliche Hilfspersonen eingeschlossen, denn auch die beiden letztgenannten Aufwendungen erfolgen ja durch Verordnung des Arztes bzw. durch Selbstabgabe von Medikamenten, wenn es sich um einen selbstdispensierenden Arzt handelt. Diese ambulanten Kosten sind als eine Einheit zu sehen. Ich bin völlig mit Ihnen einverstanden, dass ein Preis- und Tarifstopp eine unsympathische und ungeliebte Massnahme ist. Das einzige, was für sie spricht, ist die Tatsache, dass es kurzfristig keine andere gibt. Das Mengenproblem können wir nämlich nicht kurzfristig lösen. Wir bekommen es erst in den Griff, wenn Vergleichsmöglichkeiten offenstehen. Die entsprechenden Statistiken werden in der Zukunft zur Verfügung stehen; wir haben sie heute nicht, deshalb können wir die Menge nicht beeinflussen. Wenn wir einmal Fallpauschalen und Statistiken haben - was kostet eine Blinddarmoperation im Kanton Solothurn, was im Kanton Aargau und was im Kanton Thurgau -, können wir die Differenzen feststellen; das gibt uns einen Hinweis auf die Menge.

Hier können wir es nicht tun, hier können wir nur auf die Preise einwirken. Das tun wir mit einem Stopp für ein Jahr. Eine Lockerung ist 1994 möglich, wenn der Anstieg nicht grösser ist als der Landesindex der Konsumentenpreise plus ein Drittel. Was Absatz 2 betrifft, ist der Hintergrund der folgende: Nicht in allen Kantonen haben die Tarifpartner in den letzten Jahren

die Taxpunktwerte angepasst. Das heisst, es gibt Kantone, in denen die letzte Anpassung recht weit zurückliegt (sie geht auf das Jahr 1985 zurück). Diese Kantone bzw. die dortigen Leistungserbringer sind natürlich besonders benachteiligt, wenn jetzt auf dem heutigen Stand eingefroren wird. Das ist wie bei der Milchkontingentierung: Jene, die Mass gehalten, nicht angepasst haben, kommen dann, wenn auf einem bestimmten Stand eingefroren wird, zu kurz.

Deshalb schien es der Kommissionenmehrheit richtig, dass für die Kantone, die das letzte Mal vor 1990 angepasst haben oder - wie es in der Vorlage heisst - die den Taxpunktwert in den Jahren 1990-1992 nicht angepasst haben, der Taxpunktwert erhöht werden darf, allerdings unter einer Bedingung. Wenn Sie sich vorstellen, dass die Kosten das Produkt aus Menge mal Preis sind, der Preis aber tief bleibt, dann müssen ja die Kosten auch tiefer bleiben. Wenn sie gleich stark ansteigen wie an anderen Orten, heisst das, dass die Menge angestiegen ist. Wir möchten natürlich verhindern, dass der Taxpunktwert nun dort, wo der tiefe Taxpunktwert gilt, wo aber einfach durch die Kompensation der Menge wieder das gleiche Kostenniveau erreicht wird, ebenfalls noch angehoben wird. Es tut mir leid, dass es eine relativ technische Materie ist, aber es ist wie überall: Wenn man etwas gerechter sein will, wird man auch komplizierter; ein einfacher Schnitt - da bin ich mit Herrn Bundesrat Cotti einverstanden - ist das einfachere. Trotzdem scheint uns die Flexibilisierung angezeigt und vertretbar, auch vor dem Hintergrund der starken Opposition, die dem Artikel 1 erwachsen ist.

Ich bitte Sie also, grundsätzlich dem Bundesrat zuzustimmen und Absatz 2, wie ihn die Kommissionenmehrheit eingefügt hat, ebenfalls anzunehmen.

Schüle, Sprecher der Minderheit: Aus Zeitgründen habe ich auf ein Votum zum Eintreten verzichtet, in der Hoffnung, Sie würden mir eine kurze Vorbemerkung gestatten.

Ich habe meine Skepsis gegenüber den dringlichen Massnahmen seit dem letzten Winter nicht abgelegt. Im Gegenteil: Sie hat sich gerade aufgrund der Erfahrungen, die wir mit dem dringlichen Bundesbeschluss von 1991 gemacht haben, noch verstärkt. Erfahrungen, die vor allem für die Kantone im Bereich der Tarife ausserordentlich negativ sind.

Ich spreche nicht den ungelösten Konflikt zwischen den Krankenkassen und dem Kanton Schaffhausen im Bereich der Spitaltarife an, mit dem der Bundesrat und neuerdings über eine Aufsichtsbeschwerde auch die Bundesversammlung befasst ist. Ich spreche von der direkten Folge dieser Beschlüsse im Bereich der Spitaltarife.

So hat etwa der Regierungsrat des Kantons Zürich auf den 1. Juli dieses Jahres beschlossen, den Schaden für die eigenen Kantonsfinanzen durch sehr drastische Aufschläge für ausserkantonale Patienten zu begrenzen, und zwar in einem Ausmass von teilweise über 100 Prozent. Beispiel: Für das Universitätsspital werden neu Taxen von 775 Franken statt 364 Franken verrechnet. Was sagt der Bundesrat dazu?

Sie haben gesagt, man müsste die Resultate nun auch gegenüber dem Volk transparent machen. Herr Bundesrat, auch das ist ein Resultat! Wie ist das mit dem geltenden Recht zu vereinbaren, vor allem mit dem Geist, der von diesen Sofortmassnahmen ausgehen sollte?

Meine Skepsis verstärkt sich auch mit Blick auf die Stossrichtung der neuen Vorlage des Bundesrates. Damit komme ich konkret auf den Minderheitsantrag zu sprechen.

Die Vorlage ist problematisch, weil sie in die falsche Richtung geht, weil wir gerade die ambulante medizinische Versorgung fördern müssen. Die frei praktizierenden Aerzte aber werden hier am rigorosesten getroffen.

Unsere Minderheit - das sei vorweg erklärt - ist einverstanden, dass wir Tarif- und Preisgestaltung für den ambulanten und für den stationären Bereich nun unterschiedlich regeln. Hier in Artikel 1 müsste der Titel auf der Fahne angepasst und es müsste von «Tarifen und Preisen im ambulanten Bereich» gesprochen werden.

Bundesrat und Kommissionenmehrheit wollen im ambulanten Bereich die Tarife und Preise für das nächste Jahr auf der Basis von Mitte 1992 begrenzen. Die Kommissionenmehrheit hat

dann diesen Preisstopp in Artikel 1 Absatz 2 für fünf Kantone gelockert, u. a. für Zürich und Bern, mit dem Effekt, dass doch ein Drittel der Schweizer Bevölkerung dann bereits für das nächste Jahr mit Prämien erhöhungen rechnen muss, im Rahmen eben dieser Formel: Anstieg des Landesindex der Konsumentenpreise plus einen Drittel.

Ich muss an dieser Stelle auf eine Unausgewogenheit im Antrag der Mehrheit verweisen. Gemäss Absatz 2 ist nachzuweisen, dass die Behandlungskosten um nicht mehr als die Konsumentenpreise gemäss Landesindex plus einen Drittel angestiegen sind. Dann gestattet der Bundesrat eine Erhöhung des Taxpunktwertes. Umgekehrt gesagt: Wo diese Kosten noch stärker angewachsen sind, könnte diese Erhöhung der Taxpunktwerte gar nicht gestattet werden. Wo da die Logik bleibt, ist für mich nicht nachvollziehbar. Dieser Mehrheitsantrag ist auch nur mit Stichtenscheid des Kommissionspräsidenten zustande gekommen.

Die Kommissionsminderheit wendet sich energisch gegen einen solchen kategorischen Preisstopp, der nun wirklich reine Symptombekämpfung auf dem Buckel der entsprechenden Leistungserbringer ist. Die Minderheit nimmt hier für den ambulanten Bereich jene Lösung auf, wie wir sie im Bundesbeschluss von 1991 getroffen haben. Herr Schoch hat darauf hingewiesen, dass man nicht nach einem Jahr bereits wieder die gesamten Berechnungsgrundlagen über den Haufen werfen sollte.

Der Minderheitsantrag trägt der Situation Rechnung, dass die Leistungserbringer – hier vor allem eben die Ärzteschaft – gerade auch im Gesundheitswesen mit Preis- und Kostenerhöhungen konfrontiert sind. Ich frage Sie: Kann man in guten Treuen jemandem zumuten, beispielsweise den indexbedingten Anstieg der Mieten, der Löhne, die Erhöhung der Zinsen auf die eigene Kappe zu nehmen? Strapazieren wir da die vielzitierte Opferbereitschaft nicht allzu sehr? Der Antrag der Minderheit ist bestimmt besser als dieser Mehrheitsantrag mit seinem apodiktischen Preisstopp.

Nun muss ich auf unsere Diskussionen verweisen, vor allem auf die Aussagen von Herrn Vizedirektor Moser vom Bundesamt für Sozialversicherung, der zur Problematik wörtlich ausgeführt hat: «Die Mengenausweitung haben wir nicht im Griff mit der Grundvariante.» Er hat bestätigt, dass beim Vorschlag der Kommissionsmehrheit – der sich eben mit dieser diskutierten Grundvariante deckt – der Kostenanstieg voll zu Lasten des Arztes ginge, eben z. B. die Mietpreiserhöhung und der teuerungsbedingte Lohnanstieg bei seinem Personal. Herr Moser hat dann symptomatischerweise die Zusatzbemerkung gemacht: «Ja, das geht zu Lasten des Arztes; das ist so, wenn nicht die Menge ausgedehnt wird.» Er musste selbstverständlich betonen, dass das keine Empfehlung des Bundesamtes sei.

Aber es ist eben doch gerade die Aufforderung zum Tanz, die Einladung zu einer kompensatorischen Mengenausweitung. Wollen wir wirklich die Ärzteschaft zwingen, dass sie ihren legitimen Anspruch zur Mehrkostendeckung mittels zusätzlicher Konsultationen, mittels zusätzlicher Leistungen durchsetzt? Diese kontraproduktiven Folgewirkungen können wir mit dem Antrag der Kommissionsminderheit vermeiden. Stimmen Sie daher dieser Minderheit zu, deren Vorschlag nicht mit einem solchen Pferdefuss behaftet ist.

Mornioli: Am Tage nach der Veröffentlichung des vorliegenden Entwurfes habe ich Herrn Bundesrat Cotti getroffen und ihm gesagt, dieser Entwurf sei ein richtiger Tiefschlag. Er hat mir geantwortet: Unterbreiten Sie konkrete Gegenvorschläge. Das tue ich nun.

Vielleicht ist es von allgemeinem Interesse – und sehr nützlich –, wenn man weiss, wie diese Teuerungsanpassungen im Bereiche der privaten Medizin erfolgen.

Wenn sich nach Entwicklung des LKP (des Landesindex der Konsumentenpreise) die Voraussetzungen ergeben, werden die Verhandlungen zwischen einer kantonalen Ärztesgesellschaft und der entsprechenden Krankenkassenorganisation aufgenommen. Die Verhandlungen dauern oft Monate. In der Regel wird dann ein Kompromiss angestrebt, der einen nur partiellen und erst noch um Monate hinaus verschobenen

Ausgleich beinhaltet. Dann beugen sich die Kantonsregierung und schliesslich der Preisüberwacher darüber.

Wie sich das im zeitlichen Ablauf hinauszieht, schildere ich Ihnen am Beispiel des Kantons Tessin: Aufnahme der Verhandlungen Oktober 1990, Erreichung des Vergleichs vor dem Schiedsgericht – nach unserem Vertrag zusammengesetzt aus drei Oberrichtern – am 17. Januar 1991. Inhalt: nur teilweiser und erst ab dem 1. Mai 1991 gültiger Teuerungsausgleich. Zusendung des Dossiers an die Kantonsregierung am 24. Januar. Im Juni 1991, gut einen Monat, nachdem der Ausgleich hätte wirksam werden sollen, erkundigte ich mich beim Gesundheitsamt. Es heisst, das Dossier sei im Mai an den Preisüberwacher geschickt worden. Im März 1992 trifft dessen Stellungnahme ein, natürlich mit negativer Empfehlung. Das Dossier geht dann nach Bern zurück, weil die mathematischen Formeln, auf denen dieser negative Entscheid beruht, nicht verstanden werden. Seit Juli 1992 wissen wir nun definitiv, dass wir den Teuerungsausgleich trotz harten Verhandlungen nicht erhalten.

Zur Freiwilligkeit, die Sie, Herr Bundesrat, erwähnt haben – vielleicht wissen Sie es als Tessiner ja: Ich habe vor einem Jahr an der Hauptversammlung unserer Ärztesgesellschaft vorgeschlagen, auf den Teuerungsausgleich zu verzichten unter der Bedingung, dass die Krankenkassenprämien auf den 1. Januar 1992 nicht ansteigen würden. Unsererseits besteht diese Initiative. Der Wille, auch freiwillig etwas zu unternehmen, ist vorhanden.

Wenn ich Ihnen das alles erzähle, dann nur, um Ihnen verständlich zu machen, weshalb ich in die Formulierung von Artikel 1 Absatz 1 Ingress (vgl. Entwurf des Bundesrates) «den kantonalen Gegebenheiten Rechnung tragend» einzuschreiben beantrage und die abgestufte Begrenzung des Teuerungsausgleichs vorschlage, die es besonders den Ärzten im Kanton Solothurn gestatten würde, die volle Kompensation zu erhalten. Wie Sie wissen, geht die letzte Anpassung in diesem Kanton auf das Jahr 1985 zurück und basiert erst noch auf einem Indexstand von 1984.

Ich glaube, dass meine Formel gerecht und konstruktiv ist; sie erfordert von den Ärzten nochmals ein Opfer und ist in der Anwendung sehr einfach.

Zu Artikel 1 Absatz 1 beantrage ich noch – vielleicht ist Ihnen das entgangen – eine weitere Aenderung. Im zweiten Satz von Artikel 1 Absatz 1 gemäss Entwurf des Bundesrates heisst es: «Liegt der Anstieg der durchschnittlichen Behandlungskosten» Ich beantrage «Arztkosten», und zwar deshalb, weil der Begriff «Behandlungskosten» auch Leistungen umfasst, die der Arzt nicht selber erbringt, Leistungen durch Dritte, z. B. solche von Röntgeninstituten, Computertomogramme, Magnetresonanz usw. Auf diese Preisentwicklung hat der Arzt keinen Einfluss. Für diesen Teil der Behandlungskosten kann er nicht verantwortlich gemacht werden.

Präsidentin: Bis auf Absatz 4 der Minderheit Onken stehen einander verschiedene Konzepte gegenüber. Diese Konzepte lassen sich mit Absatz 1 der bundesrätlichen Fassung vergleichen. Ich möchte über diese Konzepte diskutieren und dann abstimmen lassen.

Bundesrat Cotti: Ich werde mich zu den Anträgen der Kommissionsmehrheit, der Kommissionsminderheit und von Herrn Mornioli äussern. Ich komme auf das Thema der Querbeziehungen Preise/Menge zu sprechen. Ich verschob diese eher spezifische Thematik absichtlich auf die jetzt beginnende Diskussion.

Damit keine Missverständnisse entstehen: Der Bundesrat behauptet wahrhaftig nicht, sein Vorschlag sei der Weisheit letzter Schluss. Wir schlagen eine Massnahme vor, die für ein paar Jahre Gültigkeit haben sollte. Sie soll administrativ möglichst einfach anzuwenden sein, doch man kann von dieser Massnahme nicht erwarten, dass dadurch die Probleme definitiv gelöst werden.

Es muss anerkannt werden, dass die Mengenfrage in den Vorschlägen des Bundesrates nicht oder mindestens nicht gleich stark wie die Preisfrage berücksichtigt wurde. Jetzt behaupten

einige Kritiker, die Tarife und die Preise hätten keine Bedeutung, wenn die Menge ein Ausweichen ermögliche. Wozu dann Tarife und Preise?

Ich könnte die gleiche Antwort geben, wie sie die Frau Berichterstatterin vorhin gegeben hat: Die Reaktionen, die wir auf den Vorschlag zur Aenderung der Tarife erhielten, beweisen doch, dass diese Aenderungen ein bisschen greifen; sonst hätte man nicht auf diese Art und Weise reagiert. Wir wissen, dass das Produkt von Preis mal Menge allein die Kostenentwicklung bestimmt. Wir berühren objektiverweise mehr den einen Punkt als den anderen. Die Lösung der Problematik ist nicht vollständig. Kurzfristig ist aber nur das möglich, wenn man eine Wirkung erzielen will. Das ist die Lösung, die wir Ihnen vorschlagen.

Bezüglich dieser Problematik muss ich noch sagen: Herr Schüle sagte, mit einem kurzfristigen provisorischen Preisstopp würde praktisch die Einladung an die Leistungserbringer – ich denke nicht nur an die Aerzte, es sind eine ganze Reihe von Leistungserbringern – ergehen, diesem Druck über die Menge auszuweichen. Das könnte ich nicht dulden.

Ich gehe von der Voraussetzung aus, dass alle Partner ehrlich und im Bewusstsein ihrer beruflichen Pflicht handeln. Die Menge hängt oft von der Sensibilität des einzelnen Arztes ab. Der vorsichtige Arzt z. B. wird eine etwas grössere, der andere eine etwas kleinere Menge vorschlagen. Wir haben keine mathematischen Kriterien für die Festlegung der Menge. Aber wenn die Menge bei Aerzten und andern Leistungserbringern von den Gewinnaussichten abhängt, stimmt etwas nicht mehr am Beruf.

Ich weigere mich, Herr Schüle, diese Hypothese auch nur theoretisch anzunehmen. Ich würde es bedauern, wenn über diesen Ausweg gehandelt würde. Die ganze Berufsethik würde verletzt.

Wir verstehen, dass die Menge von Arzt zu Arzt anders ausfallen kann. Deshalb ist sie schwierig zu erfassen. Wenn aber der Beweggrund ein rein finanzieller ist, sprechen wir, Herr Schüle, nicht mehr die gleiche Sprache.

Noch ein Wort zur «Aufforderung zum Tanz» – diesen Begriff, den Herr Schüle verwendet hat, werde ich nicht so schnell vergessen –: Was bedeutet er? Ich lasse es offen Deshalb kann ich mich mit der Lösung der Minderheit nicht befreunden. Es ist allerdings wahr: Diese Lösung ist letztes Jahr vom Bundesrat vorgeschlagen worden.

Herr Schoch hat vorhin zu Recht gefragt, wieso eine Lösung, die letztes Jahr vorgeschlagen worden ist, nicht mehr als total passend betrachtet werden kann. Ich könnte Herrn Schoch die gleiche Frage stellen: Wieso hat man diese Lösung, die für drei Jahre vorgeschlagen war, nicht beibehalten?

Wir haben festgestellt, dass der geltende Bundesbeschluss mit der Prämienfestlegung einseitig die Krankenkassen berührt hat. Deshalb müssen die Eingriffe jetzt anders gelagert sein als letztes Jahr. Das ist der Vorschlag des Bundesrates.

Die Kommissionsmehrheit schlägt eine Lösung vor, die in die Richtung geht, gewisse Ausnahmen dort zu gestatten, wo seit Jahren keine Tarifanpassungen mehr stattgefunden haben. Das ist die grundsätzliche Haltung der Kommissionsmehrheit. Wenn man sich auf die Jahre 1990 bis 1992 bezieht, könnten höchstens fünf Kantone für eine solche Ausnahme in Frage kommen – «könnten», denn Absatz 2, wie er von der Kommissionsmehrheit vorgeschlagen wird, setzt neben dem Fehlen einer Tarifierhöhung noch andere Bedingungen voraus, die auch erfüllt werden müssen. Aber potentiell kämen höchstens fünf Kantone in Frage. Diese fünf Kantone machen aber einen Prozentsatz der Ärzteschaft von 37 Prozent aus. Die Ausnahme könnte also potentiell immerhin einen beträchtlichen Teil der Ärzteschaft betreffen.

Wie ich sagte, verspürt der Bundesrat auch für die Lösung der Kommissionsminderheit keine grosse Begeisterung; es besteht kein Zweifel, dass er eher zur Haltung der Mehrheit als zur Haltung der Minderheit neigt.

Herr Morniroli, Sie haben eine Reihe von Vorschlägen gebracht. Schon auf den ersten Blick sind diese Vorschläge objektiv zu starr. Die Anpassungen würden definitiv festgelegt. Die Kostenentwicklung und damit die Mengenentwicklung würden in Absatz 1 nicht berücksichtigt; zu den weiteren Ab-

sätzen muss ich bemerken, dass wir auf eine Art und Weise in die Tarifhoheit der Kantone eingreifen würden, die unzumutbar wäre.

Die bundesrätlichen Vorschläge gestatten dagegen, noch an Ort und Stelle die letzten Bedingungen festzulegen, die zu den Tariffolgen führen müssen.

Schüle, Sprecher der Minderheit: Es ist mir unterstellt worden, ich hätte die Ethik der Leistungserbringer in Frage gestellt. Ich muss mich wiederholen und sagen: Das war die Auskunft der Verwaltung. Ich zitiere das Protokoll, wo seitens der Verwaltung gesagt worden ist: «Der Tarifstopp geht tatsächlich zu Lasten der Leistungserbringer, wenn die Vergütungsmenge im gleichen Umfang bleibt. Er hat also die Ausweichmöglichkeit, einen Teil über die Menge zu kompensieren.» Auf die Zwischenfrage, ob das empfohlen wird: «Nein, aber wir müssen feststellen, dass es so ist.» Das habe nicht ich, sondern das haben die Vertreter des BSV gesagt.

Erste Eventualabstimmung – Premier vote préliminaire

Für den Antrag der Minderheit	20 Stimmen
Für den Antrag Morniroli	2 Stimmen

Zweite Eventualabstimmung – Deuxième vote préliminaire

Für den Antrag der Mehrheit	17 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	13 Stimmen

Definitiv – Définitivement

Für den Antrag der Mehrheit	26 Stimmen
Für den Antrag des Bundesrates	1 Stimme

Abs. 4 – Al. 4

Präsidentin: Absatz 4 steht rechts aussen auf der Fahne. Für einmal sitzt also Herr Onken rechts aussen. (*Heiterkeit*)

Onken, Sprecher der Minderheit: Es ist ja schön, dass wir zu dieser späten Stunde noch Humor haben.

Mein Antrag (Artikel 1 Absatz 4 neu) betrifft die Medikamente, die in der Schweiz erwiesenermassen vielfach zu teuer sind – nicht generell, nicht alle, das behaupte ich nicht, aber doch die überwiegende Mehrheit. Wer je im Ausland ein Arzneimittel, ein Heilmittel, kaufen musste, weiss das; vielleicht war er sogar verblüfft, um nicht zu sagen bestürzt, über die Preisdifferenz, die er antraf. Wer nun Kosten eindämmen möchte – das ist ja das erklärte Ziel dieses Bundesbeschlusses –, müsste auch versuchen, die Preisentwicklung im Bereich der Medikamente zu begrenzen. Das sieht dieser Bundesbeschluss teilweise vor, indem auch für die Medikamentenpreise der soeben verabschiedete Tarifstopp gültig ist.

Aber dieser Tarifstopp, der jetzt beschlossen worden ist, hat natürlich etwelche Nachteile. Erstens einmal trifft er alle Preise gleich, die übersetzten genauso wie diejenigen, die unter der Limite liegen. Zweitens erlaubt er es, auch in Zukunft, wenn auch vielleicht etwas massvoller, die Preise zu erhöhen, selbst bei Medikamenten, deren Preis möglicherweise ermässigt, verbilligt werden könnte.

Warum sind die Medikamentenpreise zu hoch? Es gibt verschiedene Gründe, aber der wesentliche ist wohl der: weil der Markt auf diesem Gebiet überhaupt nicht spielt, weil es keine Konkurrenz gibt, sondern diese Konkurrenz durch die «Reglementation», durch eine Art Kartell, eliminiert wird. Dieses Kartell umfasst alle Beteiligten am Markt, die Fabrikanten und Importeure, den Apothekerverband, den Drogistenverband, den Verband Schweizerischer Spezialitäten-Grossisten und das Syndikat für die Interessen der schweizerischen Pharmaindustrie. Diese sitzen zusammen, legen die Eckdaten fest und stecken den Rahmen ab. Da kann natürlich kein wirksamer Wettbewerb mehr stattfinden. Die Preise sind abgesprochen. Sie sind letztlich kartelliert. Das ist der wahre Grund dafür, dass sie im Vergleich zum Ausland so hoch sind.

Wenn man diesem Zustand nun entgegentreten möchte, dann hat man es mit einer sehr ausgeprägten Interessenlage zu tun. Die Direktbeteiligten wehren sich geschlossen gegen jeden Eingriff, weil der eine vom anderen profitiert und weil sie sich – wie gesagt – untereinander abgesprochen haben.

Nun, ich sollte eigentlich mit dem Versuch, hier mehr Markt zu schaffen, mehr Konkurrenz zuzulassen, die Zustimmung und den Sukkurs derjenigen erhalten, die sonst überall – auch in der gestrigen EWR-Debatte beispielsweise – für Liberalisierung, für mehr Konkurrenz, für Deregulierung eintreten. Die Apologeten der Marktwirtschaft sollten mich eigentlich unterstützen.

Es gibt denn auch ein Modell, einen Versuch, der mehr Markt zulassen würde. Es ist vom Preisüberwacher – der auf diese Situation der überhöhten Medikamentenpreise gestossen ist – im Verein mit dem Bundesamt für Sozialversicherung und unterstützt von diesem erarbeitet worden. Es ist ein Modell, das den Markt zumindest simuliert. Es bringt ihn nicht zum Spielen, aber es simuliert ihn, indem es auf internationale Preisvergleiche ausweicht, andere Länder zum Vergleich bezieht, überprüft, wie hoch dort die sogenannten Referenzpreise sind, und nach diesen dann die schweizerischen Medikamentenpreise bemisst.

Bei diesem Modell ist man nicht etwa von Ländern ausgegangen, die dirigistisch in die Preisgestaltung eingegriffen, wo gar der Staat die Preise festlegt, sondern man hat drei besonders liberale, marktwirtschaftlich gesinnte Länder genommen – Deutschland, die Niederlande und Dänemark – und diese zum Vergleich mit den schweizerischen Medikamentenpreisen beigezogen. Von diesen Referenzpreisen ausgehend legt man dann fest, ob ein Preis vielleicht sogar auf dieses Durchschnittsniveau gesenkt werden muss oder ob er erhöht werden darf, weil er in der Schweiz darunter liegt – auch das ist möglich. Also ein vergleichsweise differenziertes, marktwirtschaftliches und durchaus liberales System, das aber kostendämpfend wirken kann, das flexibler ist als andere Lösungen, die uns auch schon unterbreitet worden sind.

Wir können diesem System, das zurzeit in Überprüfung ist, zum Durchbruch verhelfen. Wir können es jetzt hier tun, oder der Bundesrat kann es tun. Aber es braucht, das ist ganz klar, eine politische Entscheidung in diesem Bereich. Diese muss früher oder später einmal kommen, denn sonst wird dieser Vorschlag des Preisüberwachers und des Bundesamtes für Sozialversicherung zwischen den Fronten der direkt Interessierten aufgerieben.

Jetzt wird er in einem Ausschuss der Eidgenössischen Arzneimittelkommission überprüft. Darin sind natürlich diejenigen, die ein unmittelbares Interesse an einer Preissenkung oder an einer Kostenbremse hätten, nicht oder jedenfalls nicht sehr nachhaltig vertreten. In diesem Ausschuss findet jetzt eine grosse, breite Auseinandersetzung statt. Vom Bundesamt für Sozialversicherung wurde uns bedeutet, dass das eine sehr schwierige, langdauernde Auseinandersetzung werden könnte. Es wurde beispielsweise das Wort «Nullsummenspiel» gebraucht. Auf der anderen Seite beklagte sich die Pharmaindustrie uns gegenüber in Hearings, dass es, wenn dieses Preismodell zur Anwendung gelangen würde, bei ihr einen Kostenausfall von 300 Millionen Franken gäbe.

Hier ist also ein Hickhack im Gange. Das Ganze scheint mir ungut blockiert zu sein. Der Bundesrat wird nicht darum herumkommen – wenn nicht wir es in diesem Beschluss tun –, einen Entscheid zu fällen.

Da möchte ich Sie nun sehr direkt fragen, Herr Bundesrat Cotti: Sind Sie gewillt, zu einer Lösung Hand zu bieten? Sind Sie gewillt, diesem Modell wirklich zum Durchbruch zu verhelfen? Sind Sie gewillt, dies innerhalb einer bestimmten Frist zu tun? Sind Sie allenfalls auch gewillt, wenn eine Pattsituation zwischen den Beteiligten entsteht, hier einen politischen Entscheid zu treffen, der auf der Linie dessen liegt, was wir beraten, nämlich auf der Linie einer kostendämpfenden Massnahme, die in diesem Bereich der Medikamentenpreise unbedingt angesagt und auch möglich ist?

Ich möchte Sie bitten, sich dazu zu äussern, sonst wird nämlich in diesem Bereich nur endlos weiterdiskutiert. Ich meine, dass endlich ein Durchbruch erzielt werden sollte zugunsten von uns allen, die wir auch Prämienzahlerinnen und Prämienzahler sind, und zugunsten der Versicherten im allgemeinen, aber auch zugunsten – das kann man auch sagen – eines marktwirtschaftlicheren Prinzips, das in den Bereich der Medikamentenpreise Einzug halten sollte.

Frau Simmen, Berichterstatterin: Dieser Antrag hat der Kommission nicht vorgelegen. Ich kann also nicht im Namen der Kommission dazu Stellung nehmen.

Ich bitte Sie, daran zu denken, dass wir es hier mit befristeten Massnahmen – und zwar auf zwei Jahre befristete Massnahmen – zu tun haben. Ich bitte Sie ebenfalls, hier der Versuchung zu widerstehen, die Vorlage nun mit allen möglichen Dingen – so wünschbar sie vielleicht auch sein mögen – anzureichern.

Wie Herr Onken gesagt hat, handelt es sich um ein Problem, das jetzt in voller Diskussion ist. Wir sind gut beraten, wenn wir darauf verzichten, dieses hier nun in diese befristete Vorlage hineinzunehmen.

Ich bitte Sie, diesen Minderheitsantrag abzulehnen.

Bundesrat Cotti: Das Thema, welches Herr Onken mit seinem Minderheitsantrag (Absatz 4 neu) anschneidet, steht bekanntlich heute im Zentrum einer sehr eingehenden Diskussion. Es geht um die Problematik der Medikamentenpreise.

Ich füge als Bemerkung nur hinzu – damit wir uns im klaren sind, Herr Onken –: Die Medikamentenpreise fallen von allen an der Kostenentwicklung beteiligten Elementen am wenigsten ins Gewicht. Die Entwicklung zeigt nämlich, dass ihr Anteil am kleinsten war. Eine der Diskussionen bezieht sich auf die vergleichsweise Entwicklung der Medikamentenpreise mit Europa. Wir sind bekanntlich daran, dieses Thema zu vertiefen, und wir vertiefen es im Sinne und Geiste dessen, was Sie heute den Aussagen des Bundesrates entnommen haben.

Die Diskussion darüber hat bei uns erst vor wenigen Monaten begonnen. Es ist ein Thema, welches wissenschaftlich vertieft werden muss. Ich kann Ihnen garantieren: Wir gehen diesem Problem nach.

Neben dieser Garantie möchte ich den Ständerat bitten, die Formulierung nicht in diesem Sinne aufzunehmen, wie es die Minderheit Onken beantragt. Die Kriterien für die Festlegung dieser Preise sind derart kompliziert, dass ich nicht schon irgendwelche Präjudizien für eine Lösung haben möchte, die auf alle Fälle kommen wird.

Frau Simmen, Berichterstatterin: Ich muss mich bei Kollege Onken entschuldigen. Sein Minderheitsantrag hat der Kommission natürlich vorgelegen. An meiner Argumentation ändert sich aber nichts. Ich muss sagen: Ich habe mich getäuscht.

Onken, Sprecher der Minderheit: Ich verlasse mich auf die Zusage, dass dieses Problem innert angemessener Frist vertieft geprüft, behandelt und entscheidungsreif gemacht wird, und ziehe im Vertrauen darauf meinen Minderheitsantrag zurück.

Präsidentin: Herr Onken hat seinen Minderheitsantrag zurückgezogen. Ich danke Kollege Onken.

Zurückgezogen – Retiré

Präsidentin: Ich beantrage Ihnen, nun noch Artikel 2 gemäss Antrag der Kommission zu behandeln. Der Text entspricht Artikel 1 Absatz 2 des bundesrätlichen Entwurfes. Das ist eine kleine Sache.

Artikel 3 auf der nächsten Seite der Fahne würde somit in der nächsten Sitzung behandelt, weil es dort um ein umstrittenes Thema geht, das viel zu reden geben wird.

Schoch: Darf ich Ihnen den Vorschlag machen, gleich jetzt die Sitzung abzubrechen, weil Herr Momiroli überhaupt nicht mehr im Saal ist und nicht mehr in der Lage sein würde, seinen Antrag zu begründen? Wir sind übrigens seit fünfzehn Stunden am Tag, und wir werden sowieso vor 14.00 Uhr nicht fertig. Es spielt nach meiner Auffassung keine Rolle mehr, ob wir die Sitzung jetzt oder nach der Beratung von Artikel 2 unterbrechen.

Präsidentin: Die Ratsmitglieder scheinen etwas erschöpft zu sein. Ich lasse über die beiden Ordnungsanträge abstimmen; ich nehme an, Sie wollen nicht darüber diskutieren.

Abstimmung – Vote

Für den Ordnungsantrag der Präsidentin	16 Stimmen
Für den Ordnungsantrag Schoch	9 Stimmen

Art. 2*Antrag der Kommission**Titel*

Tarife und Preise im stationären Bereich

Wortlaut

(Gemäss Entwurf des Bundesrates zu Art. 1 Abs. 2)

Art. 2*Proposition de la commission**Titre*

Tarifs et prix dans le domaine hospitalier

Texte

(Selon art. 1 al. 2 du projet du Conseil fédéral)

Frau **Simmen**, Berichterstatterin: In Absatz 2 von Artikel 1 des Entwurfes des Bundesrates geht es um dasselbe wie in Artikel 2 des Antrages der Kommission, nämlich um die «Tarife und Preise im stationären Bereich». Die Kommissionfassung stimmt mit jener des Bundesrates überein. Im Beschluss von 1991 wurde die Auflage fixiert, dass in einem nächsten Anschlussbeschluss den Interessen der Kantone besser Rechnung zu tragen sei.

Der Bundesrat erfüllt diese Bedingungen mit dieser Vorlage, indem im Unterschied zum ambulanten Sektor im stationären Sektor kein absoluter Tarif- und Preisstopp vorgesehen wird, sondern eine limitierte Erhöhung gestattet ist – und zwar ist diese Erhöhung für den Sachaufwand an den Landesindex der Konsumentenpreise und für den Personalaufwand an den Lohnkostenindex des Biga gebunden. Das ist deshalb sinnvoll, weil in den Spitälern ein sehr grosser Anteil der Kosten auf Löhne entfällt und die Kantone nicht durchweg frei sind, indem die Kosten nämlich durch Besoldungsordnungen, Teuerungsausgleich usw. fixiert sind.

Im übrigen können Sie der Botschaft entnehmen, dass die weiter gehenden Einsichtsmöglichkeiten des Preisüberwachers nicht beschnitten werden. Der Preisüberwacher hat eine Empfehlungskompetenz in all jenen Fällen, wo bereits eine Behörde die Preise geprüft hat – in diesem Falle das Bundesamt für Sozialversicherung. Es ist eine Interventionsmöglichkeit, wenn auch nicht eine stringente.

Ich bitte Sie, der Fassung des Bundesrates, die mit jener der Kommission identisch ist, zuzustimmen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission	23 Stimmen (Einstimmigkeit)
-------------------------------	--------------------------------

Hier wird die Beratung dieses Geschäftes unterbrochen

Le débat sur cet objet est interrompu

Schluss der Sitzung um 13.30 Uhr

La séance est levée à 13 h 30

92.067

**Krankenversicherung. Massnahmen
gegen die Kostensteigerung 1993-1994.
Bundesbeschluss****Assurance-maladie. Mesures
contre l'augmentation des coûts 1993-1994.
Arrêté fédéral***Fortsetzung - Suite*

Siehe Seite 840 hiervor - Voir page 840 ci-devant

Art. 3 (neu)*Antrag der Kommission**Mehrheit**Titel***Kostenbeteiligung im Spital****Abs. 1**

In Abweichung von Artikel 14bis Absatz 1 Buchstabe a des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1911 über die Krankenversicherung (KUVG) wird die Franchise auch beim Aufenthalt in einer Heilanstalt erhoben. An die Stelle des Selbstbehaltes tritt ein Beitrag an die Behandlungskosten von 10 Franken pro Aufenthaltstag.

Abs. 2

Für die Kostenbeteiligung bei ambulanter und bei stationärer Behandlung gilt ein gemeinsamer Höchstbetrag von 500 Franken pro Jahr.

Abs. 3

Keine Kostenbeteiligung zu entrichten haben bei stationärer Behandlung:

a. Kinder;

b. Personen, die sich länger als 180 Tage in einer Heilanstalt aufhalten.

*Minderheit**(Onken, Roth)**Ablehnung des Antrages der Mehrheit**Antrag Momiroll***Abs. 1**

.... ein Beitrag an die Behandlungskosten von 10 Franken pro Aufenthaltstag in der Allgemein-, 20 Franken in der Halbprivat- und 50 Franken in der Privatabteilung.

Abs. 3 Bst. c (neu)

c. Einzelpersonen mit einem steuerbaren Jahreseinkommen unter 24 000 Franken und Mitglieder von Familien mit einem solchen unter 36 000 Franken.

*Antrag Schmid Carlo/Meier Josi***Abs. 3 Bst. c (neu)**

c. Frauen für Leistungen bei der Mutterschaft.

Art. 3 (nouveau)*Proposition de la commission**Majorité**Titre***Participation aux coûts à l'hôpital****Al. 1**

En dérogation à l'article 14bis, 1er alinéa, lettre a, de la loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie (LAMA), la franchise sera aussi exigée en cas de séjour dans un établissement hospitalier. La quote-part est remplacée par une contribution aux frais de traitement de 10 francs par journée d'hospitalisation.

Al. 2

La participation aux coûts pour les traitements ambulatoires et hospitaliers est limitée à un montant maximum de 500 francs.

Al. 3

Aucune participation aux coûts n'est exigée, pour les traitements hospitaliers fournis à:

- a. des enfants;
- b. des personnes qui séjournent plus de 180 jours dans un hôpital.

Minorité

(Onken, Roth)

Rejeter la proposition de la majorité

Proposition Morniroli

Al. 1

.... une contribution aux frais de traitement de 10 francs par journée d'hospitalisation en chambre commune, de 20 francs en semi-privé et de 50 francs en chambre privée.

Al. 3 let. c (nouvelle)

c. des personnes isolées dont le revenu annuel imposable n'atteint pas 24 000 francs et des membres de famille dont ce revenu est inférieur à 36 000 francs.

Proposition Schmid Carlo/Meier Josi

Al. 3 let. c (nouvelle)

c. des femmes requérant des prestations liées à la maternité.

Frau Simmen, Berichterstatterin: Man wirft dem Beschluss über befristete Massnahmen oft vor, dass er reine Symptombekämpfung betreibe. Dass dieser Vorwurf nicht zutrifft, zeigt sich unter anderem in Artikel 3. Hier geht es um reinste Ursachenbekämpfung, indem die Kosten dort angegangen werden, wo sie entstehen. Im Unterschied zur ambulanten Behandlung ist heute die stationäre Behandlung weder mit einer Franchise noch mit einer Kostenbeteiligung belegt, das heisst, die Behandlung im Spital ist gegenüber der ambulanten Behandlung bevorzugt. Nun ist aber gerade die stationäre Behandlung jene, welche grosse Kosten verursacht.

Es gibt durchaus noch Möglichkeiten, vermehrt ambulant statt stationär zu behandeln. In der Schweiz wird verhältnismässig viel stationär gemacht, was auch ambulant behandelt werden könnte; wir haben hier einen sehr hohen Prozentsatz an stationärer Behandlung.

Es ist nicht so, dass alle Leute, die heute ins Spital geschickt werden, unbedingt ins Spital müssen. Und die Vorstellung, dass ein Patient ja gar nichts zur Frage zu sagen habe, ob er stationär behandelt wird oder nicht, entspricht einem überholten Patientenbild und einem überholten Arztbild. Heute ist es doch so, dass sehr häufig – noch zu wenig häufig, das gebe ich gerne zu, aber häufiger als früher – im Gespräch zwischen Patient und Arzt die Behandlung festgelegt wird. Das ist eine Art, miteinander umzugehen, die wir fördern sollten.

Die Beteiligung ist mit einem Satz von 10 Franken pro Behandlungstag und einer Obergrenze von 500 Franken für stationäre und ambulante Behandlung zusammen bewusst sehr niedrig angesetzt worden. Heute gilt eine Obergrenze von 750 Franken allein für die ambulante Behandlung. Dieser Ansatz ist so niedrig, dass teilweise gesagt wird, er sei sogar wirkungslos. Wir sind aber der Meinung, dass er nicht höher sein darf, da wegen des im Jahre 1993 vorgesehenen Risikoausgleichs gewisse Prämien ansteigen werden und wir ohnehin mit einem, wenn auch moderateren, Prämienanstieg zu rechnen haben.

Als weitere Erleichterung haben wir eingebaut, dass bei stationärer Behandlung Kinder und Personen, die sich länger als 180 Tage in einer Heilanstalt aufhalten, also Chronischkranke, keine Kostenbeteiligung zu entrichten haben, wobei diese 180 Tage rückwirkend auf den ersten Tag zu berechnen sind. Es ist also nicht so, dass die Kostenbeteiligung erst ab dem 181. Tag wegfallen würde.

Zweck von Artikel 3 ist es also ganz eindeutig nicht, eine Opfersymmetrie in dem Sinne herbeizuführen, dass neben den Leistungserbringern und den Kassen auch die Patienten etwas «abbekommen» sollten, sondern der Artikel bezweckt eine Umkehr des Anreizes und damit Ursachenbekämpfung: Jeder gesparte Spitaltag bringt viel, und jeder vermiedene Spitaleintritt bringt noch mehr.

Deshalb bitte ich Sie, Artikel 3 in der Kommissionsfassung zuzustimmen.

Onken, Sprecher der Minderheit: Wir kannten bisher keine Kostenbeteiligung bei der stationären Behandlung, also bei Aufenthalt in einer Heilanstalt. Nun soll sie hier mit diesen dringlichen Massnahmen eingeführt werden. Das lehne ich ab, was ich Ihnen kurz begründen möchte.

1. Die Massnahme, die hier jetzt vorgeschlagen wird, erreicht das angestrebte Ziel nicht. Die Massnahme unterstellt, dass man sich mutwillig, aus freien Stücken, in ein Spital begibt und man das um so bereitwilliger machen würde, als dort eben gegenüber der ambulanten Behandlung kein Selbstbehalt bezahlt werden muss.

Dafür fehlt jeglicher Beweis. Es gibt keine schlüssige Untersuchung, die irgendwie beweisen würde, dass dem so ist. Es ist einfach eine Behauptung, gegen die man ohne weiteres die Gegenbehauptung aufstellen kann, die da lautet, dass sich niemand aus freien Stücken oder gar gerne ins Spital begibt und dass in aller Regel eine Einweisung ins Spital erfolgt, dass ein Arzt entscheidet, ob ein Patient, ein Kranker in die Heilanstalt eingewiesen werden muss oder nicht, ob ein Eingriff stationär vorgenommen werden muss oder nicht, ob er ambulant behandelt werden kann oder nicht. Das ist der Regelfall. Und ein Patient, der seinem Arzt vertraut, wird sich diesem Rat auch anschliessen und sich ihm bestimmt nicht aus Kostengründen widersetzen. Sondern er wird sich sagen, der Arzt wisse, was gut für ihn sei, er empfehle ihm, sich ins Spital zu begeben, um sich dort stationär behandeln zu lassen, und er wird diesem Rat folgen. Das, wie gesagt, ist der Regelfall.

2. Es wird unterstellt, dass man sich im Spital oft über Gebühr lange aufhalte, dass man also, sozusagen wie in einem Hotel, diese Dienstleistungen in Anspruch nehme und heute vielleicht auch da und dort übers Wochenende bleibe, weil man lieber vom Pflegepersonal umsorgt sei, als allenfalls zu Hause zu sein und die Angehörigen für sich sorgen zu lassen.

Auch diese Behauptung stellt die Tatsachen auf den Kopf. Und 10 Franken pro Tag, wie sie hier jetzt vorgeschlagen werden, sind oder wären wohl kaum ein taugliches Mittel, um einen solchen Missbrauch zu beseitigen. Es mag sein, dass der eine oder andere Patient den Wunsch äussert, noch bleiben zu dürfen, aber dann ist es ebenfalls wieder Sache des behandelnden Arztes zu sagen: Mein Lieber, Sie sind gesund, Sie können nach Hause; wir brauchen Ihr Bett für einen anderen, der wirklich krank ist; Sie werden heute, Freitag, entlassen und können nicht noch bis Dienstag bleiben. Die 10 Franken pro Tag werden niemanden dazu bringen, früher aus dem Spital auszutreten.

Aber genau das, was ich jetzt beschrieben habe, was eigentlich üblich sein sollte, spielt sich so nicht ab. Die Aerzte bestehen nicht darauf, dass die Aufenthaltsdauer verkürzt wird und dass jemand, der an sich gesund geschrieben ist, das Spital wieder verlässt, sondern behalten die Patienten oft – wohl wissend, dass ein reiches Angebot an Akutbetten zur Verfügung steht – im eigenen Interesse und im Interesse der Spitalverwaltungen länger da. Ueberall dort, wo Betten knapp sind, ist auch die Aufenthaltsdauer entsprechend kurz.

Im Kanton Thurgau beispielsweise – ich nenne hier gerne meinen eigenen Kanton –, wo wir kein übermässiges Bettenangebot haben, haben wir eine Aufenthaltsdauer von 9,5 Tagen. Was lese ich jedoch über den Kanton Zürich – und das bestätigt das vollkommen, was ich soeben ausgeführt habe –, was führt hier Herr Regierungsrat Wiederkehr aus? Er sagte in einem Interview: «Solange wir noch ein paar hundert überschüssige Betten haben, kann mit kürzeren Aufenthalten nicht soviel gespart werden. Man müsste ganze Abteilungen schliessen können. Selbst wenn 500 Betten im Kanton Zürich geschlossen werden müssten, wäre die Versorgung immer noch sichergestellt.»

Das ist der Schlüssel zur Erklärung für die übermässig langen Aufenthalte in den Spitälern: das Ueberangebot an Betten, die fehlende Spitalplanung, der wir hier jetzt einen Artikel entgegenstellen, und nicht die Tatsache, dass Patienten aus freien

Stücken einfach beliebig länger im Spital bleiben wollen. Also auch hier verfehlt die Massnahme, den Patienten stärker zu belasten, das anvisierte Ziel.

Zweiter Grund: Wenn der Beschluss wirken sollte, so würde er zunächst einmal nur zu einer Verlagerung führen, nicht aber zu einer echten Einsparung. Er führt nämlich zu einer Verschiebung zu privaten Leistungserbringern, oft zu spezialisierten privaten Kliniken, die solche Eingriffe dann vornehmen. Und da stellt sich die Frage, ob damit tatsächlich weniger Kosten anfallen, was ja angeblich die Idee der ganzen Übung ist.

Man muss doch einfach sehen, dass hier ein Verdrängungswettbewerb stattfindet, dass es auch um die Konkurrenz zwischen öffentlichen und privaten Trägern geht, dass sich diese Massnahme, nämlich den stationären Bereich zusätzlich zu belasten, auch – auch, sage ich – zugunsten der privaten Leistungserbringer auswirken wird.

Ein dritter Grund: Der Selbstbehalt ist ungerecht. Gut, man kann sagen, er sei nicht sehr hoch: Es sind 10 Franken pro Tag, und die Franchise wird angerechnet. Der Maximalbetrag ist sogar auf 500 Franken begrenzt worden. Aber immerhin, es ist ungerecht, dass alle über den gleichen Leisten geschlagen werden. Wenn ein Selbstbehalt wirken soll, wenn er irgendeine Verhaltensänderung herbeiführen soll, dann doch nur dadurch, dass die, die wohlbestallt, die gutsituiert sind, mit einem höheren Selbstbehalt an ihre Pflicht erinnert werden, und die, die weniger haben, mit einem ihrem Einkommen entsprechend geringeren. Aber hier werden alle gleich getroffen. Das heisst, für die einen ist es wirklich substantiell – da geht es unter die Haut –, die anderen können sich das munter leisten und werden damit zu keinerlei Verhaltensänderung animiert. Also ist die Art und Weise der Belastung, die jetzt vorgesehen wird, obendrein noch ungerecht. Und schliesslich mein letzter Punkt: Es geht hier – Herr Bundesrat Cotti hat es letzten Donnerstag schon ausgeführt – eigentlich um eine Vorlage, die den Prämienzahler entlasten, den Prämienanstieg begrenzen soll.

Man hat versucht, der zugespitzten Situation Rechnung zu tragen, weil man gesehen hat, dass viele Prämienzahler zusammen mit erhöhten Mietzinsen, zusammen mit einer ungerechten Teuerung, mit wachsender Arbeitslosigkeit einfach am Anschlag sind und dass man nicht beliebig weiterkutschieren kann.

Mit diesem Ziel vor Augen kommt man nun und belastet den Prämienzahler einfach hintenherum auf andere Art und Weise. Man begrenzt zwar möglicherweise den Anstieg der Prämien – man stoppt sie nicht ganz, das wäre zurzeit kaum möglich, aber man begrenzt sie –, belastet jedoch auf der anderen Seite den Versicherten durch zusätzliche Kosten, die auf ihn überwälzt werden.

Nicht nur in Artikel 3 – ich muss hier etwas wiederholen, das ich schon am Donnerstag gesagt habe, um es in Erinnerung zu rufen –, auch in Artikel 7 sind zwei Massnahmen vorgesehen, die die Versicherten treffen werden. Einerseits die Eingrenzung der Leistungen der Grundversicherung und zum anderen die Reduktion der Anzahl der versicherten Heilmittel auf die Spezialitätenliste. Das sind Dinge, die in Zukunft den Versicherten treffen, indem er über Zusatzversicherungen oder aus dem eigenen Portemonnaie die entsprechenden Leistungen abgeben muss.

Was hier nun vorgeschlagen wird, überlädt das Fuder ganz eindeutig. Es geht um eine Ueberwälzung von 300 Millionen Franken. Das ist ein happiger Betrag. Hier wird des Guten zu viel getan. Auch ich bin bereit, im Rahmen dieses Beschlusses die Versicherten angemessen beizuziehen. Soweit das in Artikel 7 vorgesehen ist, kann man, obwohl es schmerzlich ist, dazu ja sagen. Aber hier zusätzlich noch etwas aufzuladen, geht zu weit.

Deshalb empfehle ich Ihnen, mit der Minderheit für eine Korrektur zu sorgen, die Kostenüberwälzung auf die Massnahmen in Artikel 7 zu beschränken und darauf zu verzichten, schon in diesen dringlichen Massnahmen eine solche Kostenbeteiligung im stationären Bereich vorzusehen. Wenn man das im Kontext der Revision des Krankenversicherungsgesetzes macht, eingebaut in die entsprechenden flankierenden

Massnahmen, lasse ich mir das eher gefallen, dann kann man wieder darüber reden. Aber es jetzt hier vorzuziehen, ist zu weit gegangen. Ich lade Sie ein, darauf zu verzichten.

Begrüssung – Bienvenue

La présidente: Je salue à la tribune la présence de M. le professeur Albert Zafy, président de la haute autorité de l'Etat de Madagascar, qui effectue une visite en Suisse. Cette visite intervient au moment où Madagascar est engagé dans un processus de démocratisation. Je souhaite à M. Zafy un agréable séjour en Suisse et forme mes voeux pour l'avenir de son pays et de son peuple. (*Applaudissements*)

Morniroli: Leider ist ein Missgeschick passiert. Ich habe meinen Antrag gestern per Fax geschickt, das Deckblatt ist vorhanden, der Rest offenbar nicht. Daher habe ich mir erlaubt, diesen Antrag schnell fotokopieren zu lassen, damit er allen ausgeteilt werden kann.

Es ist nicht die Idee der Kommission, wenn wir von Kostenbeteiligung im Spital sprechen, dass man die Patienten irgendwie belastet. Man geht davon aus, dass eine Person zu Hause für ihre Kost auch 10 Franken im Tag ausgeben muss. Man kann sich wirklich fragen, ob die Krankenkasse diese Kosten bezahlen soll, ob es richtig ist, dass die Krankenkasse diese Belastung auf sich nimmt.

Ich habe den Antrag ein bisschen ausgebaut. Ich schlage vor, den Beitrag auf 10 Franken für die allgemeine Abteilung zu beschränken, auf 20 Franken für die halbprivate und auf 50 Franken für die Privatabteilung. Das nicht, um gewisse Schichten besonders und differenziert zu belasten, aber ich gehe davon aus, dass, wer in besseren finanziellen Verhältnissen lebt, in der Regel auch 50 Franken für seine Kost pro Tag ausgibt. Wenn er noch Champagner trinkt zum Apéro und nur den besten Wein und das beste Fleisch auf dem Tisch hat, dann sind es bald einmal mehr als 50 Franken.

Ich habe in Absatz 3 noch ein weiteres Ventil eingebaut, das den Solidaritätsbedürfnissen Rechnung trägt. Ich schlage vor, dass neben Kindern und den Personen, die sich länger als 180 Tage in einer Heilanstalt aufhalten, auch Einzelpersonen mit einem steuerbaren Einkommen unter 24 000 Franken und Mitglieder von Familien mit einem solchen unter 36 000 Franken von dieser Kostenbeteiligung ausgeschlossen sind.

Ich hoffe, dass Kollege Onken diesem Antrag zustimmen kann, da dies ein soziales Sicherheitsventil ist.

Es gibt auch Leute in bescheidenen Verhältnissen, darüber muss man sich im klaren sein, Leute in finanziell beschränkten Verhältnissen, die in der Privatabteilung liegen. Es gibt Leute, die vielleicht auf etwas verzichten, auf die Ferien, um sich eine Zusatzversicherung leisten zu können, sozusagen als Vorsorge für die schlechten Tage; das ist gar nicht so selten. Ich sehe, dass es Leute in bescheidenen Verhältnissen gibt, die im Interesse ihrer Sicherheit solche Zusatzversicherungen abschliessen. Auch sie würden durch meine zusätzliche Klausel in Absatz 3 Litera c geschützt.

Schmid Carlo: Ich schlage Ihnen vor, Artikel 3 Absatz 3 mit einer neuen Litera zu ergänzen: «c. Frauen für Leistungen bei der Mutterschaft.»

Sie wissen, dass seit 1944 ein Auftrag der Bundesverfassung besteht, eine Mutterschaftsversicherung zu schaffen. Sie wissen auch – die meisten oder viele von Ihnen sind dabei gewesen –, dass wir in den Jahren 1984/85 bei der letzten KVG-Revision versucht haben, die Mutterschaftsversicherung über den Artikel 14 KVG hinaus auszubauen, ein Mutterschaftstaggeld einzuführen; Sie wissen, dass das im Jahr 1996 vom Volk abgelehnt worden ist.

Bis zum heutigen Tag ist der Artikel 14 KVG betreffend die Leistungen bei Mutterschaft in der Fassung der Revision vom

13. März 1964 der einzige Ansatz in dieser Richtung. An sich wird politisch von keiner Seite bestritten, dass im Bereich der Mutterschaft eine Lücke besteht; die Frage ist jene des Masses.

Es geht mir – zusammen mit Frau Meier Josi, die massgeblich an diesem Antrag mitbeteiligt ist – nicht darum, eine unmögliche Maximalforderung aufzustellen. Zwar liegt mir die Familienpolitik ganz zentral am Herzen, allerdings nicht so, wie dies in der familienpolitischen Plattform der Pro Familia vom letzten Samstag propagiert worden ist; da haben wir von der CVP andere Vorstellungen, kenne ich doch die Grenzen des Möglichen und auch die Grenzen der Solidarität.

Mir scheint es indessen, dass mit diesem Antrag unseren familienpolitischen Anliegen Rechnung getragen werden kann, ohne die Solidarität allzu stark zu strapazieren. Es geht darum, dass wir bei der stationären Behandlung im Rahmen der Mutterschaft Leistungen gemäss Artikel 14 KVG vom Selbstbehalt ausnehmen.

Was die Redaktion dieses Vorschlages betrifft, kann man ihn ohne weiteres überprüfen. Ich glaube, dass der Nationalrat die Möglichkeit hat, hier noch über die Bücher zu gehen, falls redaktionelle Vorbehalte bestehen.

In der Sache selbst ersuche ich Sie, Frauen für Leistungen bei der Mutterschaft, d. h. im Wochenbett bei der stationären Behandlung im Spital, entsprechend meinem Antrag von der Kostenbeteiligung zu befreien.

Frau Beerli: Zuerst kurz zum Antrag Morniroli: Wir legiferieren hier nur im Bereich der Grundversicherung. Von daher gesehen haben die Anträge, die 20 und 50 Franken bei einer Behandlung in einer Halbprivat- und Privatabteilung verlangen, keinen Sinn und gehören nicht in diesen Beschluss. Ich glaube, dass es keinen Sinn macht, diese Anträge so aufzunehmen; ich würde sie daher bekämpfen.

Ich möchte für den Antrag der Kommissionmehrheit eine Lanze brechen. Es ist sehr wohl so, dass ein Selbstbehalt bei der stationären Versorgung im Spital eine Kosteneinsparung mit sich bringt. Es geht uns nicht darum, lediglich Kosten umzuwälzen und auf die Patienten zu verteilen, sondern es geht uns darum, diese Kosten langfristig einzusparen. Ambulante Medizin braucht ganz eindeutig weniger Infrastrukturkosten und ist deshalb kostengünstiger.

Herr Ueli Müller, Präsident des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen, hat kürzlich an einer Tagung ganz klar dasselbe gesagt. Er hat ausgesagt, dass ambulante Medizin mit Sicherheit günstiger ist als stationäre Medizin. Er hat wörtlich gesagt: «Soviel ambulant wie möglich und sowenig stationär als notwendig.» Dies spart Kosten ein; das ist eine ganz eindeutige Tatsache.

Es geht uns darum, die Spiesse für ambulante und stationäre Eingriffe möglichst gleich lang zu machen. Heute ist es noch immer so, dass sich der Patient, wenn ein relativ kleiner Eingriff vorgenommen werden muss, oft die Frage stellt, ob er den Eingriff nicht lieber stationär vornehmen lassen sollte. So hat er keinen Selbstbehalt zu übernehmen; wenn er ihn hingegen beim Arzt ambulant vornehmen lässt, hat er einen Selbstbehalt und zusätzlich noch das Ungemach, sich daheim pflegen zu müssen. Hier sollen also die Spiesse gleich lang gemacht werden; es kann mit Sicherheit eine Einsparung erwartet werden.

Es ist klar, dass wir das Problem eines zu grossen Bestandes an Akutbetten haben. Wir haben aber ebenfalls einen Antrag zu Artikel 8, in welchem wir die Kantone zur Spitalplanung verpflichten; es ist ganz klar Aufgabe der Kantone, diesem Missstand entgegenzuwirken. Sie müssen ihre Spitalplanung abstimmen, und zwar auch mit den privaten Leistungserbringern in diesem Bereich, den privaten Kliniken; hier muss einheitlich geplant werden. Wenn diese Planung einmal vollendet ist, haben wir mit Garantie eine Kosteneinsparung.

Noch kurz zum Antrag Schmid Carlo/Meier Josi. Er ist eine sinnvolle Ergänzung des Antrages der Mehrheit. Man könnte sich höchstens fragen, was wir noch alles in das Massnahmenpaket einpacken möchten. Aber ich würde diesen Antrag trotzdem annehmen.

M. Roth: C'est un exercice difficile que de vouloir influencer la quantité des actes médicaux et la majorité veut y parvenir dans cette disposition de l'article 3.

Personnellement, je pense que ce n'est pas le bon endroit pour influencer ce critère de quantité. En général, on l'a déjà dit, on ne va guère à l'hôpital par plaisir. Bien au contraire, après une maladie ou une intervention, les patients préfèrent généralement rentrer chez eux le plus vite possible. J'aurais éventuellement encore pu m'accommoder d'une augmentation de la franchise annuelle générale, mais pas de cette mesure qui, dans cet arrêté-là en tout cas, me semble aller trop loin.

L'arrêté pose le principe général que les fournisseurs de soins sont soumis au principe d'économies. Par conséquent, les hôpitaux le sont aussi. Il faut ajouter que le patient n'a pas toujours de véritable choix, selon la façon dont on lui présente la possibilité d'entrer à l'hôpital plutôt que de suivre un traitement ambulatoire. Les patients aisés ne sont guère touchés par cette franchise, en revanche ceux pour qui l'augmentation présente un problème sont pénalisés.

A l'article premier, le conseil a suivi la commission qui avait prévu des possibilités élargies d'exception pour les fournisseurs de soins. Ainsi, avec cette proposition de la commission à l'article 3, on déplace nettement le poids de la proposition du Conseil fédéral qui provoque une dissymétrie en défaveur des patients. Je dois attirer votre attention sur le fait que nous ne sommes pas encore ici dans le débat de la révision totale de l'assurance-maladie. La révision est un exercice qui rebrasse toutes les cartes et qui redistribue les poids de l'assurance-maladie pour en arriver, au fond, à un nouvel équilibre au terme duquel d'ailleurs les assurés devraient déjà se retrouver plus chargés. Le but de l'opération que nous conduisons par l'adoption de cet arrêté est au contraire de décharger les assurés devant les gigantesques hausses de cotisations qui s'annoncent, alors que l'article 3 vise précisément le contraire en voulant faire endosser aux patients une prise en charge supplémentaire qui serait de l'ordre de 4 à 500 millions de francs. A cela vient encore s'ajouter, comme on l'a déjà dit au cours du débat, la restriction des prestations assurées à l'article 7. Telles sont toutes les raisons qui font que je vous propose de suivre la minorité de la commission et de biffer cette disposition qui ne va d'ailleurs pas dans le sens général de l'arrêté.

Schoch: Ich muss gestehen: Ich habe wirklich Mühe mit den Herren Onken und Roth. Die Argumentation der Minderheit zu diesem Artikel ist im Ansatz falsch; nach meiner Beurteilung sogar grundfalsch. Es ist unzutreffend, wenn geltend gemacht wird, der Aufenthalt in einem Spital sei in jedem Fall ein schicksalhaftes Ereignis und sei der Entscheidungsfreiheit des Patienten entzogen. Das stimmt nicht und trifft nicht zu.

Ich will Ihnen das am Beispiel meiner eigenen Arthroskopie erläutern. Die Arthroskopie ist ein Eingriff am Knie, der ambulant oder stationär gemacht werden kann. Mein Arzt hat mir gesagt, man könne am Vortag ins Spital eintreten, am nächsten Tag die Arthroskopie durchführen und am dritten Tag wieder nach Hause zurückkehren; er würde mir das sehr ans Herz legen. Man werde weniger strapaziert, es sei auch für das Knie besser, man könne die ganze Geschichte geruhsam und ohne Stress-Symptome über sich ergehen lassen, und man müsse dann erst noch keinen Selbstbehalt bezahlen, weil das eben stationär und nicht ambulant abgewickelt werde.

Das heisst: Ich hätte also nicht nur völlig stressfrei, gelöst und locker die Arthroskopie über mich ergehen lassen können, sondern es wäre mich auch noch billiger gekommen. Ich habe dann als geplagter Selbständigerwerbender und überdies als geplagter Politiker und eidgenössischer Parlamentarier trotzdem die andere Variante gewählt und den Selbstbehalt und die Franchise bezahlt. Hier gibt es – das ist die Konsequenz dieser Geschichte – Kosteneinsparungsmöglichkeiten, und von diesen müssen wir Gebrauch machen.

Ich weiss natürlich, Herr Onken, dass die Kosteneinsparung immer irgend jemandem wehtut: dem Leistungserbringer, der Krankenkasse oder dem Patienten. Es ist richtig, wenn im Sinne der Opfersymmetrie auch der Patient sein Scherlein an die Kosteneinsparung, die wir ja erreichen wollen, beiträgt. In

diesem Sinne, Herr Onken, möchte ich Ihnen sagen: Es geht nicht darum, dass der Patient entlastet wird oder dass die Prämienzahler entlastet werden, wie Sie das geltend gemacht haben; lesen Sie den Titel des Bundesbeschlusses, über den wir uns unterhalten: Es geht um Massnahmen gegen die Kostensteigerung. Wir wollen die Kostensteigerung bekämpfen und nicht dem Patienten das Portemonnaie füllen.

Gerade der Antrag der Kommissionsmehrheit zu Artikel 3 ermöglicht diese Kostenbekämpfung; es ist mir einfach nicht verständlich, dass man sich im falschverstandenen Interesse des Patienten dagegen wehrt.

Es ist aus drei Gründen problemlos und ohne weiteres zu beantworten, mit der Mehrheit für eine Kostenbeteiligung des Patienten im Spital zu entscheiden:

1. Ich habe es gesagt, es geht um Kosteneinsparung und nicht darum, den Patienten zu schonen. Von dieser Möglichkeit müssen wir Gebrauch machen.

2. Die Steuerung beim Patienten ist ein ganz konkreter Anwendungsfall des Verursacherprinzips; denn schliesslich sind es immer noch die Patienten, die primär die Kostensteigerung verursachen.

Ich gebe auch durchaus zu, dass ich selbst die Ursache zu meiner Arthroskopie gesetzt habe, indem ich nämlich etwas über meine Verhältnisse Ski gefahren bin. Es ist immer der Patient, der Anlass dazu gibt, dass im Gesundheitswesen Kosten entstehen. Hier müssen wir eingreifen, im Sinne des wohlverstandenen Verursacherprinzips.

3. Das, was wir jetzt vorgesehen haben, ist ja auch im Revisionsentwurf zum KVG genauso vorgesehen – mit etwas anderen Summen –, und dort wird die Regelung breit abgestützt und breit getragen. Weshalb soll das denn hier nicht möglich sein?

Ich meine, es ist notwendig und sinnvoll, mit der Mehrheit zu entscheiden.

Ich mache, wie Frau Beerli, noch zwei Bemerkungen zu den Anträgen Morniroli und Schmid Carlo/Meier Josi. Frau Beerli hat Herrn Morniroli darauf hingewiesen, dass wir hier nicht über den Bereich der Privat- oder Halbprivatabteilungen im Spital legiferieren. Sein Antrag zielt also an der Sache vorbei, und ich glaube, diesem Antrag darf nicht zugestimmt werden. Dagegen bin ich der Meinung, dass der Antrag Schmid Carlo/Meier Josi berechtigt ist. Ich würde mich dafür auch meinerseits einsetzen. Wenn wir die gute Idee schon in der Kommission gehabt hätten, wäre das sicher miteinbezogen worden.

Bühler Robert: Ich möchte auf eine Inkonsistenz des Antrages von Kollege Morniroli hinweisen.

In Absatz 1 schlägt er unterschiedliche Ansätze vor. Das hätte zur Folge, dass auch in Absatz 2 unterschiedliche Höchstbeträge vorgeschlagen werden müssten, sonst müsste der Patient in der allgemeinen Abteilung für 50 Tage diesen Betrag von 10 Franken bezahlen, in der Privatabteilung dann nur noch für zehn Tage. Das kann ja nicht der Sinn der Sache sein. Kollege Morniroli hat die Sache wahrscheinlich nicht ganz zu Ende gedacht.

Auch aus diesem Grunde muss der Antrag Morniroli abgelehnt werden.

Frau Simmen, Berichterstatterin: Ich habe der Argumentation der Kommissionsmitglieder nur noch wenig beizufügen.

Herrn Kollege Onken möchte ich sagen: Wenn Sie sagen, der Patient werde nun noch mehr belastet, zu seinen Prämien kämen auch noch diese 10 Franken pro Tag, und alles andere bleibe beim alten, so ist das ein Irrtum. Wenn es uns gelingt, die stationären Kosten zu senken, werden in der Folge die Prämien sinken. Die echte Entlastung findet dort statt; sie wird die zusätzlichen 10 Franken bei weitem aufwiegen. Das noch als zusätzliches Argument.

Zu den weiteren Anträgen: Wenn wir davon ausgehen, dass es bei diesen Massnahmen um die Grund- und Einzelversicherung geht, dann fallen beim Antrag Morniroli zu Artikel 3 Absatz 1 tatsächlich der zweite und der dritte Punkt, die Ansätze für die Halbprivat- und Privatabteilung, weg. Bei der allgemeinen Abteilung sind wir uns dann wieder einig; das sind diese 10 Franken. Insofern bringt das nichts Neues.

Zu Absatz 3 Buchstabe c gemäss Antrag Morniroli: Hier wird ein neues Element eingeführt. Ich muss dazu sagen, was auch schon an anderer Stelle gesagt worden ist: Wir sollten bei diesen Massnahmen nun nicht derartige Detailelemente hereinbringen. Das zieht einen ganzen Rattenschwanz von Konsequenzen nach sich, die wir jetzt nicht überblicken.

Was den Antrag Schmid Carlo/Meier Josi betrifft: Es ist gesagt worden, er liege längst auf dem Tisch des Hauses. Er ist bekannt; er ist auch unbestritten. Auch wenn ich mich grundsätzlich gegen eine Anreicherung der Vorlage zur Wehr setze, dann wäre mir, wenn schon angereichert werden muss, dieser Antrag mit Sicherheit der liebste. Ich persönlich werde ihm auch zustimmen.

Morniroli: Entschuldigen Sie, dass ich nochmals kurz interveniere. Erstens möchte ich darauf hinweisen, dass sich Patienten in der Halbprivat- und Privatabteilung zunächst auf die Grundversicherung stützen; alles, was darüber ist, ist Zusatzversicherung. Wenn wir der Ueberlegung von Herrn Kollege Schoch folgen und die Leute demotivieren wollen, dann können Sie mit 10 Franken einen Privatpatienten gar nicht demotivieren. Das ist die Idee, die dahinter steckt.

Auf der anderen Seite muss ich Herrn Kollege Bühler Robert recht geben: Man müsste auch den nächsten Absatz ändern, wo der Maximalbeitrag vorgesehen ist.

Ich bin ein Einzelkämpfer, muss allein denken, und wenn ich in Absatz 3 Buchstabe b «länger als 180 Tage in einer Heilanstalt» lese, ist mir noch nicht klar, ob das gesamthaft oder pro Heilanstalt gilt. Es gibt Leute, die sukzessive in verschiedenen Heilanstalten untergebracht werden müssen.

Man sollte hier präzisieren, ob es «180 Tage gesamthaft» lauten sollte. Ich glaube, das ist die Idee, aber man sollte das präzisieren, z. B. indem man sagt: «Personen, die sich insgesamt länger ...»

Dann wissen wir noch nicht, ob sich 180 Tage auf das Kalenderjahr erstrecken oder auf die ganze Zweijahresperiode 1993/1994, die ja durch den Bundesbeschluss vorgesehen ist. Kurz zum Antrag Schmid Carlo/Meier Josi. Ich konnte nicht vorher Stellung dazu nehmen, da der Antrag nach meiner Intervention auf meinen Tisch gekommen ist. Ich glaube, Mutterschaft ist nicht das richtige Kriterium, um die Solidarität spielen zu lassen. Ich weiss schon, es macht sich gut. Aber Mutterschaft ist genau gleich wie Alter. Alter ist auch kein gültiges Kriterium. Es gibt alte reiche Leute, es gibt Mütter, die reich sind, die Millionärinnen sind, und es gibt arme Mütter. Ich glaube, die Solidarität darf nur in dieser Dimension spielen und nicht, indem man Leute unabhängig davon, in welchen wirtschaftlichen Verhältnissen sie leben, in eine Kategorie einteilt.

Wenn man meinen Antrag zu Buchstabe c anschaut, dann ist dem Rechnung getragen. Die Mütter, die in die Einkommenskategorie fallen, die ich hier schützen will, sind dann geschützt.

Huber: Ich möchte die Kommissionsberatung mit Herrn Kollege Morniroli fortsetzen; denn die Fragen, die hier aufgeworfen werden, sind Fragen, die in der Kommission längst besprochen und entschieden worden sind. Sie können sich jetzt darüber beschweren, dass Sie der Kommission nicht angehören. Ich weiss das. Ich nehme daher die Ausführungen auf, die Sie uns vorgelegt haben.

Herr Kollege Morniroli, beim vorliegenden Artikel geht es uns – wie Herr Kollege Schoch sehr zutreffend bemerkt hat und wie die Kommissionsreferentin immer wieder betont – nicht darum, Halbprivatpatienten in die Grundversicherung hinüberzulocken. Es geht in Tat und Wahrheit darum, die verhärteten Abschnittsgrenzen zwischen «stationär» und «ambulant» aufzubrechen und im Prinzip Kostensenkung zu betreiben, indem die günstigere und nicht die teurere Struktur benützt wird. Das ist der Kerngedanke, den wir seit Jahren in diesem Saal miteinander besprechen, ohne dass wir auch nur im entferntesten zu einem Entscheid gekommen wären, der etwas ausgelöst hätte.

Das ist die eine Seite. Die andere Seite ist: Wir müssen eine sozial verträgliche Lösung finden, da Kollege Onken zu einem ganz kleinen Teil recht hat (*Heiterkeit*) – verehrter Kollege, alles

andere wäre ein falsches Lob gewesen –, indem einige Dinge zusammenkommen.

Wir sind uns in einem Punkt einig: Hier kann eine Senkung der Prämie zusammen mit anderen Faktoren herbeigeführt werden – jawohl, in der Grundversicherung. Der Patient muss auch im stationären Bereich eine gewisse Eigenverantwortung wahrnehmen. Er muss in dieses Dreieck von Leistungserbringern, Arzt und Kasse eingebracht werden und muss sich entsprechend äussern. Er ist weder rechtlich noch faktisch das Opfer seines Arztes. Wir hätten sehr viel weniger Kosten, wenn es so wäre, wie Sie schildern, dass der Patient einem Arzt ausgeliefert ist. Unsere Patienten wechseln ihre Ärzte. Sie holen da und dort und überall zusätzliche Hinweise für das, was sie beschäftigt.

Die 180 Tage, Herr Morniroli, sind auf ein Kalenderjahr bezogen. Ich weiss, dass von einem Ihrer Kollegen in der «Schweizerischen Aerztezeitung» soeben ein Artikel erschienen ist, der das als lamentabel bezeichnet hat. Ich finde das nicht; im Gegenteil, ich finde das richtig. Richtig finde ich auch, dass man die Chronischkranken generell in die Ausnahme einbezieht, weil der chronischkranke Mensch – der alte, unter Umständen behinderte Mensch, sei es geistig oder körperlich – nicht zusätzlich belastet werden soll.

Ich möchte Sie sehr bitten, mit der Mehrheit zu stimmen, denn was wir hier tun, ist ein Vorgriff in Richtung Totalrevision. Das ist mehr, als Prämien und Preise zu beeinflussen: Das ist der Versuch, zugleich echte Kosteneinsparung und damit auch Lenkungsfunktionen an der Abschnittsgrenze zwischen «stationär» und «ambulant» vorzunehmen.

Lassen Sie mich noch einen Satz sagen: Verketzern wir bei dieser Gelegenheit die Spitäler nicht! Das Spital ist nicht die schlechte, kostenträchtige Institution, als die sie hier dargestellt wird, und die ambulante Variante ist nicht die kostengünstige. Bei den sogenannten Kostengünstigen kommt es auf die Summierung der Leistungserbringer und auf das an, was dort angeschafft wird, obwohl im Prinzip die gemeinsame Benutzung eines Spitals weit besser zu einer Kostenamortisation beitragen würde.

Ich möchte bitten, dass man aus all diesen Ueberlegungen diesen kleinen, vertretbaren, sozialpolitisch ausgewogenen und abgefederten Schritt tut.

Bundesrat Cotti: Ich muss für die bundesrätliche Lösung plädieren, sogar auf die Gefahr hin, Herrn Schoch mit meiner Argumentation noch etwas mehr Mühe zu bereiten. Seine Schilderung der Geschehnisse mit seiner Krankheit haben mich zwar tief beeindruckt, aber ich muss sagen, dass ich zu anderen Schlüssen komme als er. Ich versuche, Ihnen die Gründe dazu stichwortartig anzugeben und werde danach argumentieren:

1. Die Mehrheit der Kommission scheint – ganz allgemein gesagt – eindeutig eine Verlagerung von den Leistungserbringern auf Patienten und Versicherte vorzunehmen. Diese Verlagerung entspricht nicht den Hauptzielsetzungen der Vorlage des Bundesrates, die, wie ich am Anfang schon sagte, versichertenfreundlich sein wollte und bleiben möchte. Diese Verlagerung haben wir mit einigen potentiellen Ausnahmen für Aerzte in gewissen Kantonen bei Artikel 1 durchgelassen.

Jetzt kommt der Hauptpunkt, indem man bei Artikel 3 die Versicherten bzw. die Kranken verstärkt belastet. Eine zusätzliche Belastung werden wir noch bei Artikel 7 zu besprechen haben. Wir haben die Belastung bei Artikel 3 errechnet. Es sind einige 100 Millionen Franken Belastung, die allerdings – das muss ich einräumen – dadurch abgeschwächt wird, dass der Höchstbetrag des Selbstbehaltes im ambulanten Bereich von den heutigen 750 Franken auf 500 Franken herabgesetzt wird. Ich werde nachher sagen, ob diese Reduktion des Selbstbehaltes im ambulanten Bereich gerechtfertigt ist. Auf alle Fälle ergibt das eine gewisse Kompensation.

Immerhin haben wir errechnet, dass mit dieser Belastung – wenn auch kompensiert, wie ich sagte – und derjenigen von Artikel 7 die Versicherten um etwa 250 Millionen Franken mehr belastet würden, was den Hauptzielsetzungen des Bundesrates widerspricht. Entscheiden Sie anders, so werden Sie eine neue Zielsetzung verfolgen, aber von einer versichertenfreundlichen Lösung kann dann kaum mehr die Rede sein.

Beim zweiten Ziel, das Sie erreichen wollen, nämlich einer Reduktion der Kosten, stelle ich die Frage: Können Sie es effektiv erreichen? Das ist die grosse Frage.

Herr Schoch hat insofern recht, als er sagt, eine gewisse Mehrbelastung der Patienten im Spital sei in der Hauptrevision enthalten. Herr Schoch hat jedoch nicht gesagt, dass in der Hauptrevision sowohl die Beiträge des Bundes als auch die Beiträge der Kantone zum alleinigen Zweck der Prämienverbilligung wesentlich erhöht werden. Wenn dort also eine gewisse Belastung noch zumutbar ist, so deshalb, weil der Bund und die Kantone mit dem Ziel der Prämienverbilligung zu viel grösseren Lasten kommen. Damit kommt es zu einem gewissen Ausgleich, der dann wieder zu vertreten ist. Wenn man hier aber einseitig in eine Richtung geht, dann ist es jene, die sozial kaum verträglich ist.

Werden Sie dadurch mindestens die Spitalkosten reduzieren können? Herr Schoch hat von Opfersymmetrie gesprochen, und Frau Simmen hat bestritten, dass die Zielsetzung die Opfersymmetrie sei. In der Tat haben wir hier keine Opfersymmetrie, ganz im Gegenteil. Herr Schoch, Ihre Hauptzielsetzung war wohl ein gewisser Beitrag an die Kostenreduktion im Spitalwesen? Herr Huber hat sogar hinzugefügt, es würde dadurch zu einer Prämienreduktion kommen: Wenn die Kosten im Spital also gesenkt werden, kommt es auch zu einer Prämienreduktion.

Ich wage die Behauptung, welche ich im Moment zwar nicht beweisen kann, dass Sie dieses Ziel mit dem Antrag der Kommissionenmehrheit nicht erreichen werden. Glaubt man im Ernst, mit einer Spitalkostenbeteiligung von 10 Franken pro Tag die Verkürzung des Spitalaufenthalts um einen Tag erreichen zu können? Ich persönlich glaube das nicht. Ich glaube ganz im Gegenteil: Dadurch, dass Sie, Herr Schoch, den Höchstbetrag des ambulanten Selbstbehaltes senken, laufen Sie Gefahr, die ambulanten Kosten zu erhöhen. Dort, wo es eindeutig viel leichter ist, unabhängig von jeglichem Bedürfnis zum Arzt zu laufen, werden Entlastungen eingeführt, die nach meiner Auffassung wirklich kaum zu vertreten sind. Dadurch erreichen Sie einen gewissen Ausgleich bei den Versicherten, aber Sie haben keine Gewähr, dass die Kosten tatsächlich reduziert werden.

Ich kann Ihnen keine Beweise liefern, genausowenig wie Sie mir das Gegenteil beweisen können; wir werden uns bei Philippi wieder treffen. Es wird sich nächstes Jahr zeigen, ob Ihre Ziele tatsächlich erreicht werden konnten, ob die Kosten zurückgehen, ob letzten Endes auch die Prämien zurückgehen. Ich vermute, dass das nicht der Fall sein wird und dass der Versicherte das nächste Jahr sehr teuer wird bezahlen müssen. Ich vertrete die Auffassung, dass die Hauptziele der kurzfristigen Massnahme verfehlt werden. Ob ich damit recht habe, werden die Tatsachen im nächsten Jahr zeigen.

Zum Antrag Morniroli möchte ich sagen: Halbprivat- und Privatabteilungen sind kein Gegenstand der sozialen Krankenversicherung. Ihre Regelung würde hier absolut gesetzesfremd sein. Anders verhält es sich, wo es um die Abstufung des Selbstbehaltes nach wirtschaftlicher Fähigkeit und der Kraft der einzelnen Versicherten geht. Da möchte ich Herrn Morniroli sagen: Es ist ganz einfach ein Ding der Unmöglichkeit, bei einem dringlichen Bundesbeschluss, der einfach gehalten sein sollte – aber, wie mir scheint, immer komplizierter gestaltet wird –, noch bei jeder Frage in die Tiefe zu gehen.

Wir müssen hier bei dringlichem, einfachem Recht bleiben. Wir dürfen nicht über das im Bundesbeschluss Vorgesehene hinausgehen und gleichsam eine Totalrevision vorziehen; diese Gefahr besteht offenbar. Ich bitte um Einfachheit. Ich kann mich nicht mit dem Antrag Morniroli befreunden. Sollte, wie zu vermuten ist, die Mehrheit der Kommission obliegen, dann hätte ich keine Einwände gegen den Antrag Schmid Carlo/Meier Josi.

Abs. 1 – A1. 1

Erste Eventualabstimmung – Premier vote préliminaire

Für den Antrag der Mehrheit

32 Stimmen

Für den Antrag Morniroli

1 Stimme

Abs. 3 Bst. c – Al. 3 let. c**Zweite Eventualabstimmung – Deuxième vote préliminaire**

Für den Antrag Morniroli 11 Stimmen
Dagegen 21 Stimmen

Dritte Eventualabstimmung – Troisième vote préliminaire

Für den Antrag Schmid Carlo/Meier Josi 36 Stimmen
Dagegen 4 Stimmen

Titel, Abs. 1–3 – Titre, al. 1–3**Definitiv – Définitivement**

Für den modifizierten Antrag der Mehrheit 32 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit 6 Stimmen

Art. 4 (neu)**Antrag der Kommission****Titel**

Prämiengleichheit für Männer und Frauen

Wortlaut

Die Krankenkassen dürfen die Mitgliederbeiträge nicht nach dem Geschlecht der Versicherten abstufen.

Art. 4 (nouveau)**Proposition de la commission****Titre**

Egalité des cotisations entre hommes et femmes

Texte

Les caisses ne sont pas autorisées à échelonner les cotisations en fonction du sexe.

Frau Simmen, Berichterstatterin: Ich möchte Sie vorab für die etwas unkonventionelle Anordnung, die hier für das Querformat der Fahne, für die Synopse gewählt wurde, um Verständnis bitten. Es ist geschehen, damit der Quervergleich mit der bundesrätlichen Fassung möglichst gewährleistet ist. Deshalb finden Sie den Artikel 4 erst nach dem Artikel 6 auf der Seite 4 Ihrer Fahne.

Es geht hier um die Prämiengleichheit für Männer und Frauen – ein Element, das selbstverständlich in die Totalrevision Eingang finden wird und das ohne irgendwelche Bedenken vorgezogen werden kann. Ich glaube nicht, dass das materiell noch weiter erklärungsbedürftig ist.

Angenommen – Adopté**Art. 5 (neu)****Antrag der Kommission****Titel**

Erhöhung der Mitgliederbeiträge

Abs. 1

Die Krankenkassen dürfen die Mitgliederbeiträge in der Einzelversicherung der Krankenpflege-Grundversicherung nur bis zu einem nach Artikel 6 festgelegten Höchstbetrag erhöhen. Die werden müssen. (Gemäss Art. 2 Abs. 1 zweiter Satz des Entwurfes des Bundesrates)

Abs. 2

Das Bundesamt gestattet einer Krankenkasse, die Mitgliederbeiträge über den Höchstbetrag anzuheben, wenn diese nachweist, dass:

a. ihre Reserve (Sicherheitsfonds und Schwankungszuschlag) sonst unter das gesetzliche Minimum sinken würde, und

b. die von diesem Bundesbeschluss nicht erfassten Versicherungsbeiträge genügend hoch sind, um in jenen Versicherungszweigen die Kosten zu decken und die nötigen Reserven zu bilden.

Art. 5 (nouveau)**Proposition de la commission****Titre**

Augmentation des cotisations

Al. 1

Dans l'assurance individuelle de base des soins médicaux et pharmaceutiques, les caisses-maladie ne peuvent augmenter la cotisation au-delà de la cotisation maximale fixée en application de l'article 6. Cette assurance des caisses. (Selon art. 2, al. 1, première phrase, du texte du Conseil fédéral)

Al. 2

L'Office fédéral autorise une caisse à fixer la cotisation au-dessus de la cotisation maximale si celle-ci établit que:

a. sa réserve de sécurité (fonds de sécurité et taux de fluctuation) s'abaisserait probablement en-dessous du minimum légal et

b. les cotisations des assurances, non régies par le présent arrêté, suffisent à couvrir les coûts de ces branches d'assurance et permettent la constitution des réserves nécessaires.

Art. 6 (neu)**Antrag der Kommission****Titel**

Höchstbetrag

Abs. 1

Das Departement legt für jeden Kanton einen Höchstbetrag für den Mitgliederbeitrag fest. Es errechnet den Höchstbetrag aus:

a. dem durchschnittlichen Mitgliederbeitrag des Vorjahres für die Grundversicherung in der untersten Erwachsenenaltersgruppe;

b. einem Zuschlag im Ausmass des Anstiegs des Landesindex der Konsumentenpreise des Vorjahres, erhöht um vier Fünftel.

Abs. 2

Das Departement berücksichtigt. (Gemäss Art. 2 Abs. 3 des Entwurfes des Bundesrates)

Abs. 3

Der Höchstbetrag gilt für die Mitgliederbeiträge der untersten Erwachsenenaltersgruppe. Die Krankenkassen dürfen die Mitgliederbeiträge der anderen Versicherten nur bis zu dem Betrag erhöhen, der sich aus dem Höchstbetrag bei Berücksichtigung der gesetzlich zulässigen Abstufungen für Kinder sowie nach dem Eintrittsalter ergibt.

Abs. 4

Gemäss Art. 3 Abs. 3 des Entwurfes des Bundesrates

Abs. 5

Liegen die Mitgliederbeiträge des Vorjahres bei einer Krankenkasse bereits über den Höchstbeträgen nach den Absätzen 1 bis 4, dürfen grundsätzlich keine Erhöhungen vorgenommen werden.

Art. 6 (nouveau)**Proposition de la commission****Titre**

Montant maximum

Al. 1

Le département fixe, par canton, un montant maximum pour les cotisations. Il calcule le montant maximum à partir:

a. de la cotisation moyenne de l'année précédente perçue pour l'assurance de base du premier groupe d'âge de la catégorie des adultes;

b. d'un supplément correspondant à l'augmentation de l'indice des prix à la consommation de l'année précédente, majorée des quatre cinquièmes.

Al. 2

Le département en considération. (selon art. 2, al. 3, du texte du Conseil fédéral).

Al. 3

Le montant maximum s'applique à la cotisation du premier groupe d'âge de la catégorie des adultes. Les caisses-maladie ne peuvent augmenter les cotisations des autres assurés que jusqu'au montant correspondant au montant maximum, compte tenu des échelonnements légalement admis pour les enfants ainsi que selon l'âge d'entrée.

Al. 4

Selon art. 3 al. 3 du projet du Conseil fédéral

Al. 5

Lorsque les cotisations de l'année précédente sont supérieures au montant maximum selon les alinéas 1 à 4, aucune augmentation n'est autorisée.

Frau **Simmen**, Berichterstatterin: Bei Artikel 5 geht es um das Prinzip einer allfälligen Erhöhung der Mitgliederbeiträge bei den Krankenkassen. Damit ist schon gesagt, dass eine gewisse Erhöhung möglich ist. Auch dieser Abschnitt beschränkt sich auf die Grund- und Einzelversicherung.

In Artikel 5 ist also das Prinzip dargestellt, die technischen Einzelheiten und das Ausmass folgen nachher in Artikel 6.

Die Krankenpflege-Grundversicherung umfasst hier die gesetzlichen Leistungen sowie die Leistungen, die nach den Bestimmungen der Kasse zusammen mit den gesetzlichen Leistungen versichert werden müssen.

Die Mitgliederbeiträge können lediglich dann über den fixierten Höchstbetrag angehoben werden, wenn die Kasse nachweisen kann, dass sie ihre Reserven angreifen müsste und dadurch der Sicherheitsfonds und der Schwankungszuschlag unter das gesetzliche Minimum fallen würden. Diese Massnahmen dürfen sich zudem nur auf die Grundversicherung und nicht etwa auf Zusatz- und Kollektivversicherungen erstrecken. Diese beiden Branchen müssen selbsttragend sein; die haben hiermit nichts zu tun. Hier geht es um die Grundversicherung, für die allenfalls die Beiträge angehoben werden könnten.

Die Beweispflicht nach Absatz 2 trifft die Krankenkasse. Sie muss also aufzeigen können, dass diese beiden Bedingungen erfüllt sind.

Bundesrat **Cotti**: Ich möchte ein Wort zur Begründung sagen, die die Kommission zum Antrag bei Artikel 5 abgegeben hat. Diese Begründung basiert zum Teil auf dem Gutachten von Professor Fleiner, über das ja weit und breit berichtet worden ist. Dieses Gutachten behauptet, dass Artikel 3 Absatz 2 des letztjährigen Beschlusses verfassungsrechtlich bedenklich sei. Ich komme noch darauf zu sprechen.

Wir haben natürlich, bevor wir die beiden Beschlüsse dem Parlament unterbreiteten, die Verfassungsmässigkeit überprüfen lassen. Als das Parteigutachten von Professor Fleiner, welches auf Veranlassung der Krankenkassen gemacht wurde – ich möchte das klar unterstreichen –, bei uns eintraf, haben wir das Thema nochmals dem Bundesamt für Justiz unterbreitet. Wir wollten wissen, ob die Meinung von Herrn Professor Fleiner eine absolute und unbestrittene sei oder ob diese Meinung nicht schon bei der ersten Lektüre mindestens als diskutabel erscheine.

Darf ich Ihnen ein paar Sätze vorlesen, die uns vom Bundesamt für Justiz zugekommen sind: «Es ist unseres Erachtens fraglich, ob überhaupt, wie von Professor Fleiner angenommen, eine Gefährdung der Versicherungsleistungen als solche bereits als Beeinträchtigung der Eigentumsгарantie betrachtet werden kann. Zudem ist es nicht so, dass Artikel 3 Absatz 2» – es geht um den Artikel des letztjährigen Beschlusses – «notwendigerweise zu einer Gefährdung führt. Der umstrittene Artikel will es dem BSV vor allem ermöglichen, bei Finanzknappheit der Kassen angemessen zu reagieren. Damit das Ziel des Bundesbeschlusses, Stabilisierung des Preisniveaus im Bereich der Krankenversicherung, erreicht wird, kann es sich dabei unter Umständen rechtfertigen, eine gewisse Unterschreitung der Reserve in Kauf zu nehmen. Eine gewisse Flexibilität des BSV ist dabei notwendig Wir sind aus den erwähnten Gründen der Ansicht, Artikel 3 Absatz 2 sei nicht verfassungswidrig. Beim Lesen der Schlussfolgerungen des Gutachtens fällt im übrigen auf, dass auch Professor Fleiner, im Gegensatz zu den Darstellungen, die in seinem Gutachten gemacht worden sind, nicht auf eine klare Verfassungswidrigkeit schliesst; so bezeichnet er auf Seite 26 seines Gutachtens Artikel 3 Absatz 2 'nur' als verfassungsrechtlich bedenklich.» Wir sind aber aus den erwähnten Gründen der Ansicht, dass die Verfassungsmässigkeit gegeben sei.

Ich wollte Ihnen das nur mitteilen, damit ein vortreffliches Parteigutachten nicht plötzlich als «verfassungsmässiges Evangelium» übernommen wird. Wir sind hingegen der Auffas-

sung, dass hier durchaus ein gewisser Spielraum drinliegt. Schon in der letztjährigen Botschaft, und auch in der diesjährigen, betont der Bundesrat ganz klar, dass es nicht sein Ziel sei, die Krankenkassen in irgendwelche Schwierigkeiten geraten zu lassen. Hingegen scheint uns die absolute Fassung der Kommission schon auf den ersten Blick relativ übertrieben zu sein.

Ich füge noch ein Weiteres hinzu: Mit dieser Massnahme erschweren Sie ganz eindeutig die Handhabung des ganzen Bundesbeschlusses. Auch hier kann ich nur Prognosen aufstellen – die Wirklichkeit des nächsten Jahres wird das weisen –: Wir werden eine Reihe von Beschwerden haben, die an die Rekursinstanz weitergezogen werden. Ueber diese Beschwerden wird höchstwahrscheinlich erst Jahre nach der Anwendung des Beschlusses definitiv entschieden werden, so dass in der Zwischenzeit für die Kassen und die Versicherten grösste Unsicherheit bestehen wird. Das ist die Prognose, die ich aufstelle.

Wir können auf diese Thematik hier im Plenum des Rates nicht eingehen; ich behalte mir aber vor, im Zweitrat mindestens Ideen einzubringen, die eine gewisse Vereinfachung der Verfahren miteinbeziehen. Sollte also die Kommission gewisse Ausnahmemöglichkeiten vorschlagen, dann müsste das Verfahren so beschleunigt werden, dass die erwähnte Rechtsunsicherheit nicht für allzu lange Zeit eintritt. Das möchte ich sagen, ohne dabei den Grundsatz gewisser Ausnahmen bekämpfen zu wollen. Die Formulierung scheint mir aber zu hart, der Zwang zur Ausnahme zu stark, und bezüglich des Verfahrens müssen – den Bundesbeschluss und die Totalrevision betreffend – Vereinfachungen eingeflochten werden können. Ich verschiebe das auf die Diskussionen im Zweitrat.

Frau **Simmen**, Berichterstatterin: Es ist so, dass die Artikel 5 und 6 eine Einheit bilden. Deshalb ist es schwierig, die einzelnen Teile einander gegenüberzustellen.

Den Höchstbetrag, der nur sinnvoll ist, wenn wir die Bestimmungen über die Erhöhung der Mitgliederbeiträge in Artikel 5 zuvor annehmen, finden Sie in Artikel 6. Hier heisst es, dass das Departement für jeden Kanton den Höchstbetrag für den Mitgliederbeitrag festlege. Nachdem wir ab 1993 nun den Risikoausgleich unter den Kassen haben, ist es nicht mehr sinnvoll, dass sich dieser Höchstbetrag am Mitgliederbeitrag der einzelnen Kasse orientiert, sondern er muss sich am durchschnittlichen Mitgliederbeitrag der Grundversicherung – und zwar der untersten Erwachsenenaltersgruppe – orientieren.

Ich möchte für diejenigen, die die deutsche Fassung der Fahne haben, bemerken, dass hier ein Druckfehler vorliegt, der in der französischen Version nicht mehr vorhanden ist. Es heisst hier aus falscher Analogie zur linken Spalte: «a. dem durchschnittlichen Mitgliederbeitrag des Vorjahres für die Grundversicherung der Männer in der untersten Erwachsenenaltersgruppe.» Nachdem wir nun aber die Prämienangleichheit beschlossen haben, muss es heissen: «... für die Grundversicherung in der untersten Erwachsenenaltersgruppe.» In der französischen Fassung ist das bereits so enthalten.

Zu diesem Höchstbetrag kann ein Zuschlag im Ausmass des Anstieges des Konsumentenpreisindex plus vier Fünftel kommen. Weshalb vier Fünftel? Das kommt daher, dass die Kassen zusammen mit höheren Kosten auch höhere Rückstellungen zu tätigen haben. Deshalb ist hier nicht nur, wie an anderen Orten, der Index plus ein Drittel, sondern plus vier Fünftel vorgesehen.

Absatz 2 ist ebenfalls eine weitgehend technische Angelegenheit, indem hier festgelegt wird, wie der durchschnittliche Mitgliederbeitrag errechnet wird, nämlich aus dem gewogenen Mittel der Mitgliederbeiträge von Krankenkassen, die zusammen mindestens zwei Drittel der Versicherten pro Kanton umfassen. Sollten diese Mitgliederbeiträge innerhalb des Kantons noch abgestuft sein, so wird der höchste Mitgliederbeitrag berücksichtigt. Das entspricht genau dem Vorschlag des Bundesrates zu dieser Richtprämie.

Wenn ich gleich noch Absatz 3 begründen darf, weil er auch hier hineingehört: Der Höchstbetrag gilt für die Mitgliederbeiträge der untersten Erwachsenenaltersgruppe. Die Mitgliederbeiträge der andern Versicherten dürfen dann nur bis zu dem

Betrag erhöht werden, der sich aus dem Höchstbetrag unter Berücksichtigung der gesetzlich zulässigen Abstufungen für Kinder und nach dem Eintrittsalter ergibt. Es tut mir leid, dass es etwas sehr Technisches ist, aber wir müssen das so festlegen, damit es innerhalb dieses Beschlusses klar ist.

Wenn ich mir noch eine Bemerkung zu den Ausführungen von Herrn Bundesrat Cotti erlauben darf: Die Krankenkassen haben bereits in der Vernehmlassung und in den Hearings darauf aufmerksam gemacht, es könnte die Möglichkeit eintreten, dass sie mit dieser Begrenzung an den unteren Rand bzw. unter den unteren Rand der Reserven sinken könnten. Die Ausnahme, wie sie die Kommission in Artikel 6 Absatz 2 erlauben will, ist in diesem Sinne nicht eine Folge des Gutachtens Fleiner, sondern das Gutachten Fleiner betraf die Kann-Formulierung, die die Kommission erst vorgesehen hatte – dass also der Bundesrat einer Krankenkasse gestatten kann, die Mitgliederbeiträge über den Höchstbetrag anzuheben. Die Kommission hat lange diskutiert, ob diese Kann-Formulierung nicht genügen würde, indem ja das pflichtgemässe Ermessen ohnehin vorausgesetzt wird. Sie hat sich dann aber am Schluss für die stringenteren Formulierung entschieden, wonach das Bundesamt einer Krankenkasse gestattet, die Mitgliederbeiträge über den Höchstbetrag anzuheben.

Ich muss Sie bitten, noch weiter umzublättern. Da ist der eingeschobene Artikel 4 mit der Prämiegleichheit. Aber auf Seite 5 der Fahne geht es noch weiter mit diesem Artikel 6, nämlich in Absatz 4, welcher ebenfalls rein technisch die Modalitäten festlegt, wenn verschiedene Risikostufen bestehen oder wenn die Kassen aus geographischen Gründen verschiedene Mitgliederbeiträge erheben. Das entspricht ebenfalls der bundesrätlichen Fassung.

Absatz 5 legt fest, dass bei denjenigen Beiträgen, die bereits jetzt – nicht nach Absätzen 1 und 3, sondern nach Absätzen 1 bis 4 – über den Höchstbeträgen liegen, grundsätzlich keine Erhöhungen mehr vorgenommen werden dürfen. Auch das entspricht der bundesrätlichen Fassung.

Das ist hier das ganze Paket. Es sind zwei Konzepte. Entweder dürfen die Krankenkassen ihre Prämien vermehrt anheben oder sie dürfen es nicht.

Bundesrat Cotti: Der Grundsatz von geltenden Ausnahmen für die Krankenkassen ist auch von uns nicht bestritten. Nachdem Sie jetzt bei Artikel 1 für die Leistungserbringer gewisse Ausnahmen eingeführt haben, die sich natürlich auf die Kas-senkosten auswirken können, möchte ich nicht, dass jetzt unbedingt der bundesrätliche Antrag zum Zug kommt. Es wäre höchstens im Zweitrat zu diskutieren, ob bezüglich der Verfahren nicht eine gewisse Beschleunigung eingeführt werden könnte.

Angenommen – Adopté

Art. 7 (neu)

Antrag der Kommission

Titel

Versicherungsleistungen

Abs. 1

Die Krankenkassen dürfen in der Krankenpflege-Grundversicherung nur die Pflichtleistungen nach den Artikeln 12 bis 14 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung übernehmen.

Abs. 2

Sie dürfen ihre Leistungen in der Krankenpflege-Grundversicherung in den folgenden Bereichen erweitern:

- a. für Unfälle;
- b. für Pflege und Aufenthalt in einer Heilanstalt;
- c. für die von einem Arzt angeordnete Behandlung und Pflege zu Hause oder in einem Pflegeheim;
- d. für die in kantonalen Obligationen vorgesehenen Leistungen;
- e. für Leistungen im Ausland.

Abs. 3

Arzneimittel, die nicht in der Arzneimittelliste oder der Spezialitätenliste (Art. 1 Abs. 1 Bst. a und b der Verordnung VIII vom 30. 10. 1968 über die Krankenversicherung betreffend die

Auswahl von Arzneimitteln und Analysen) enthalten sind, dürfen die Krankenkassen nur im Rahmen von Zusatzversicherungen übernehmen. Verpflichtungen des kantonalen Rechts zur Übernahme von anderen Arzneimitteln im Rahmen der Grundversicherung sind für die Kassen nur verbindlich, wenn der Kanton die zusätzlichen Kosten speziell und kosten-deckend durch Beiträge abdeckt.

Antrag Plattner

Abs. 3

Streichen

Art. 7 (nouveau)

Proposition de la commission

Titre

Prestations assurées

Al. 1

Les caisses-maladie doivent prendre en charge, au titre de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques – assurance de base – uniquement les prestations prévues aux articles 12 à 14 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie.

Al. 2

Elles peuvent, au titre de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques – assurance de base – étendre leurs prestations aux situations suivantes:

- a. les accidents;
- b. les soins et le séjour dans un établissement hospitalier;
- c. le traitement et les soins, prescrits par un médecin, au domicile du patient ou dans un établissement médico-social;
- d. les prestations obligatoires prévues par les lois cantonales;
- e. les prestations effectuées à l'étranger.

Al. 3

Les médicaments qui ne figurent ni sur la liste des médicaments ni sur la liste des spécialités (art. 1, al. 1, lettres a et b, de l'ordonnance VIII du 30. 10. 1968 sur l'assurance-maladie concernant le choix des médicaments et des analyses) ne sont pris en charge par les caisses que dans le cadre de l'assurance complémentaire. Les caisses ne sont liées par les dispositions cantonales qui prévoient la prise en charge d'autres médicaments dans le cadre de l'assurance de base que si les coûts qui en découlent sont couverts par des subventions cantonales spéciales.

Proposition Plattner

Al. 3

Biffer

Frau Simmen, Berichterstatterin: Hier wird es wieder etwas übersichtlicher, denn hier geht es nun um die Versicherungsleistungen, die die Kassen zu übernehmen haben, bzw. um deren Beschränkung.

Es ist ja so, dass wir nach dem Krankenversicherungsgesetz ganz klar Pflichtleistungen haben, nämlich in den Artikeln 12 bis 14 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Wir haben für die Arzneimittel auch genaue Listen dessen, was die Krankenkassen übernehmen müssen und was nicht.

Im Laufe der Zeit hat es sich immer mehr eingebürgert, dass Krankenkassen zusätzliche Leistungen übernommen haben, die sie eigentlich nicht hätten übernehmen müssen, und zwar einfach auch aus Konkurrenzgründen, indem eine Kasse, die mehr andere Medikamente bezahlt, die noch zusätzliche Leistungen finanziert, gegenüber anderen Kassen einen Wettbewerbsvorteil hat.

Ich möchte aber betonen, dass diese Grundleistungen – die im Gesetz festgeschrieben sind, mit gewissen zusätzlichen Erweiterungen – und die Arzneimittel, die auf der sogenannten Spezialitätenliste stehen, nicht irgendeine rudimentäre Medizin oder Versorgung sind, die niemandem zugemutet werden kann, sondern das sind Leistungen – z. B. gerade auch bei den Arzneimitteln –, die laufend angepasst werden. Von dort aus schien es der Kommission verantwortbar – auch wieder im Sinne einer Kostensenkung –, hier die Kassen auf das zurückzuführen, was sie übernehmen müssen.

Wir sind in dieser Meinung bestärkt durch die Tatsache, dass schon heute – gerade auch bei den Medikamenten – Kassen

sich auf diese Spezialitätenliste beschränken; aber es sind eben nicht alle. Wenn wir wollen, dass die Massnahmen etwas bringen, ist es nötig, dass wir diese Vorschrift auch fixieren. Allerdings muss hier ganz klar gesagt werden, dass das nur dann etwas bringt, wenn auch die Aerzte sich in ihrer Verschreibungspraxis daranhalten; sonst kommt es tatsächlich zu dem, was auch Herr Bundesrat Cotti schon befürchtet hat, dass nämlich dann einfach Medikamente verschrieben werden, die die Patienten nicht selber bezahlen müssen. Hier sind also auch die Aerzte gefordert, mitzuziehen, damit wir diese Leistungen auf ein gewisses Mass einschränken können. Sie sehen in Artikel 7 Absatz 2, dass hier den Krankenkassen gestattet ist, in der Krankenpflegegrundversicherung ihre Leistungen zu erweitern, und zwar in den Bereichen a bis e, die Sie auf der Fahne vorfinden. Die Kommission empfiehlt Ihnen, dieser Beschränkung, die sie nicht als unzumutbaren Leistungsabbau empfindet, zuzustimmen.

Plattner: Selbstverständlich unterstütze ich die Massnahmen, die Bundesrat und Kommission vorschlagen, um die Kostenexplosion im Gesundheitswesen einzudämmen. Es geht mir also nicht darum, dagegen irgend etwas zu unternehmen. Insbesondere unterstütze ich auch den Vorschlag des neuen Artikels 7, welcher den Umfang der Angebote des Grundversicherungspaketes begrenzen will, um eben kostentreibenden Wettbewerb unter den Krankenkassen zu blockieren, die sich sonst mit immer neuen Spezialangeboten die Neueintretenden abspenstig machen wollen.

Aber ich bitte Sie trotz des Einverständnisses zu diesen Sparmassnahmen, das Sie sicher mit mir teilen, bei den Vorschlägen der Kommission eine Ausnahme zu machen. Es geht um Absatz 3. In diesem Absatz 3 schlägt die Kommission vor, jene Medikamente von der Vergütung durch die Grundversicherung auszuschliessen, welche nicht auf der Arzneimittel-Spezialitätenliste enthalten sind. Ich werde versuchen, Ihnen zu zeigen, dass dieser Weg sparpolitisch falsch ist – dass er also nicht zu Kosteneinsparungen führt –, dass er gesundheitspolitisch bedenklich ist und dass er sogar – um ein etwas grosses Wort zu brauchen – staatspolitisch keinesfalls wünschbar ist. Sie mögen denken, dass ich so, wie früher von diesem Sitz aus gesprochen wurde, für die Basler Chemie spreche, die ja da und dort ein Interesse haben könnte, wenn ein nicht auf der Liste stehendes Heilmittel dennoch kassenzulässig bliebe. Ich sage dieses eine Mal, dass ich das nicht tue. Die Basler Chemie schaut gut für sich selber. Ich bilde mir nicht ein, dass sie mich nötig hätte.

Ich spreche aus einem ganz anderen Grund zu diesem Thema. Es stellt sich heraus – Sie haben den entsprechenden Brief der Betroffenen erhalten –, dass der grösste Teil der nicht auf der Liste stehenden und somit von den Vergütungen durch die Krankenkassen ausgeschlossenen Heilmittel – es geht nach Schätzungen um einen Betrag von fast 150 Millionen Franken – nicht irgendwelche Heilmittel sind, sondern eine ganz bestimmte Klasse, nämlich Naturheilmittel und homöopathische Heilmittel. Ausgerechnet diese würden schwerpunktmässig von der Grundversicherung nicht mehr bezahlt werden können. Sie würden in vielen Fällen nicht mehr eingesetzt werden können, weil die Patienten sie nicht extra bezahlen wollen, sondern weil der Arzt auf Mittel ausweicht, die auf der Liste sind; somit müssten sie durch andere, schulmedizinische Pharmaka ersetzt werden.

Das ist aus gesundheitspolitischer und sparpolitischer Sicht nicht wünschenswert: Diese Medikamente sind wesentlich preisgünstiger, und zwar sind nicht nur die Medikamente selber billiger, sondern es sind vor allem die im Zusammenhang mit diesen Medikamenten gebrauchten begleitenden Alternativmethoden der Alternativmedizin günstiger.

Viele von Ihnen mögen nun denken, ich rede der Quacksalberei das Wort. Früher hatten diese Methoden einen schlechten Ruf; heute ist das nicht mehr so. Sie wissen, dass der Gegensatz zwischen alternativer und Schulmedizin durchaus verschwunden ist. Die Universitäten Zürich und Bern haben in letzter Zeit sogar Lehrstühle geschaffen, um diesen Wissenschaftlern Entwicklungs- und Unterrichtsmöglichkeiten zu bie-

ten. Ich selber habe als Statistiker mit Professorenkollegen bei manchen Wirkungstests von Natur- und homöopathischen Heilmitteln mitgemacht, und ich kann Ihnen sagen, dass sich, neben den subjektiven Wirkungen, die für den Patienten das Entscheidende sind, in diesen Fällen bei sorgfältiger Untersuchung immer auch objektivierbare Wirkungen nachweisen lassen.

Es geht also um Medizin im klassischen Sinn, wenn auch nicht mit schulmedizinischen Methoden. Diese Methoden und diese Pharmaka sind im allgemeinen sanfter. Die Therapie und die Heilmittel nehmen nicht so starken Einfluss auf die Patientinnen und Patienten. Damit sind die Sekundärfolgen der Behandlungen immer geringer. Sie alle kennen die Flaschenbatterien, die Chronischkranke der Schulmedizin oft mit sich herumtragen müssen. Sie müssen ein Medikament nehmen, dann ein zweites, um die Nebenwirkungen des ersten Medikamentes zu dämpfen und ein drittes, um die kombinierten Nebenwirkungen des ersten und zweiten Medikamentes zu dämpfen.

Man stellt immer wieder fest: Wer mit Kanonen auf Spatzen schießt, muss nachher das Hausdach reparieren. Das ist Schulmedizin und Schulpharmakologie. Mit den alternativen, insbesondere mit den homöopathischen Mitteln riskieren Sie das nie. Das, was die Gesundheitspflege oder die Krankheitsbekämpfung mit diesen Mitteln, ganz abgesehen vom Preis der Medikamente, noch einmal verbilligt, sind die Menge der Medikamente und die Menge der Nebenwirkungen. Die teilweise gravierenden Folgen fallen in den meisten Fällen weg. Diese Heilmittel sind nicht immer anwendbar. Ich will nicht so tun, als könnte man mit einer reinen Naturmedizin auskommen. In geeigneten Fällen sind sie anwendbar. Das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen hat in einem Bericht, der Ihnen vor einiger Zeit zugestellt wurde, von den stark kostendämpfenden Wirkungen dieser Heilmethoden geredet und hat Statistiken gezeigt, die zum Teil in der Schweiz, zum Teil in Deutschland erhoben wurden. Die Krankenkassen stellen ganz klar fest, dass die meisten naturheilkundlichen Diagnose- und Therapieverfahren weit kostengünstiger sind als die schulmedizinischen Verfahren. Sie schliessen daraus, dass optimale Heilerfolge und schliesslich kostengünstige Betreuung der Patienten nur zu erzielen seien, wenn sowohl Schulmedizin wie auch Alternativmedizin nebeneinander und einander ergänzend zur Anwendung kommen können. Wenn das wahr ist und Sie mir bis hierher gefolgt sind, dann wäre es eine Seldwylerei, die entsprechenden Heilmittel für die Vergütung durch die Krankenkassen aus dem Grundpaket, das für die meisten Leute das Gesamtpaket ist, auszuschliessen.

Bedenken Sie im übrigen, dass Sie vom ordnungspolitischen Standpunkt her mit der Behinderung der Anwendung alternativer Heilmethoden eine enorme Wettbewerbsverzerrung einführen, welche kleinere, innovative Heilmittelhersteller und alternative Kliniken in grosse Schwierigkeiten bringen kann.

Ich zähle drei Namen auf, die Sie vielleicht auch kennen: Die Firma Weleda in der Region Basel stellt ausschliesslich anthroposophisch motivierte Pharmaka her – viele ihrer Heilmittel würden ausgeschlossen –; die Firma Zeller in Rorschach, die für Produkte auf pflanzlicher Basis berühmt ist; die bekannte neue Aeskulap-Klinik am Vierwaldstättersee, welche mit der Kombination von Schulmedizin und alternativen Therapien ausserordentliche Heilerfolge hat. Sie hätten Probleme, wenn die Patienten von der Krankenkasse nicht mehr die volle Vergütung bekommen könnten.

Bedenken Sie zudem, dass Sie mit einem solchen Beschluss als Gesetzgeber in die ärztliche Kunst eingreifen. Was soll ein Arzt tun, wenn nach seiner fachlichen Meinung das richtige Medikament eines ist, das nicht auf der Liste steht? Soll er ein falsches wählen, welches auf der Liste ist oder dem Patienten sagen, er müsse es selber bezahlen? Der Gesetzgeber tut gut daran, diese Eingriffe nicht zu machen.

Ein letzter Punkt. Sie kennen die Umfragen, wonach es über 80 Prozent unserer Bevölkerung ausdrücklich wünschen, dass diese alternativen Heilmittel und -methoden in der Grundversicherung eingeschlossen sind. Ich halte es für eine unzulässige Bevormundung der mündigen Bevölkerung, wenn man ihr vorschreibt, dass sie das durch die Grundversi-

cherung – die ohnehin schon teuer genug ist – nicht mehr vergütet bekommen kann.

Ich hoffe, Sie überzeugt zu haben, dass die Aufnahme dieses Absatzes von Artikel 7 gesundheitspolitisch bedenklich und vor allem kostenpolitisch falsch wäre. Mir ist klar, dass weder Sie noch die Kommission diese Folgen wollten, die ich Ihnen beschrieben habe. Der Präsident der Kommission, Kollege Huber, hat mir gesagt, das sei nicht die Meinung der Kommission gewesen. Weil es nicht ihre Meinung war und es auch nicht jene des Ständerates sein sollte, bitte ich Sie im Interesse der innovativen Alternativmedizin und der betroffenen Patienten, diesen Absatz zu streichen. Dieser Absatz hat zu viele unbedachte Konsequenzen und gehört nicht in dieses Sofortpaket. Bitte streichen Sie ihn.

Schoch: Ich möchte doch auch noch einige kurze Bemerkungen machen zu diesem Artikel 7 und zu dem, was Herr Plattner vorgetragen hat.

Zunächst zu Artikel 7 generell, ohne spezielle Bezugnahme auf Absatz 3. Ich erhalte viele Briefe mit Anliegen und Anfragen zum Gesundheitswesen im allgemeinen und zur Krankenversicherungsrevision im besonderen. Ich beschäftige mindestens zum Teil eine Hilfskraft – die ich mit 30 000 Franken bezahlt hätte und die ich nun aus dem eigenen Sack entlöhne –, die sich um die Antwortbriefe auf all die Anfragen kümmert, die mir zugehen.

Unter anderem hat mir am 29. August dieses Jahres Herr Alfred Kaufmann aus Appenzell geschrieben. Ich muss mich in diesem Zusammenhang bei Herrn Schmid Carlo entschuldigen; ich gerate in sein Hoheitsgebiet, wenn ich aus dem Schreiben von Herrn Kaufmann zitiere. Was Herr Kaufmann schreibt, ist im Zusammenhang mit der Behandlung und Beratung von Artikel 7 so aufschlussreich, dass ich der Versuchung nicht widerstehen kann, einige Zeilen aus seinem Brief zu zitieren und ihm damit Eingang ins Protokoll des Ständerates zu verschaffen, auch wenn das nicht der Anlass zur Niederschrift des Briefes war. Herr Kaufmann schreibt mir: «Die Krankenkassen bieten Leistungen an, die weit über die Pflichtleistungen hinausgehen.» Ich verlese einige Beispiele – Herr Kaufmann ist mit der Materie sehr vertraut –: «Badekurbeiträge bis 100 Franken pro Tag gegenüber dem gesetzlichen Rahmen von 10 Franken pro Tag; Beiträge für Erholungskuren; Reiseschutzimpfungen; Schönheitsoperationen; Sterilisationen; Auslandkuraufenthalte am Toten Meer, in Abano usw.; Zahnstellungskorrekturen bis betragslich unbegrenzt; seit 1992 ausserdem Beiträge an Abonnemente für Fitness-Center, angeboten von etwa 15 Krankenkassen; Beiträge für Kochkurse für Vollwertküche» und vieles mehr.

Ich meine, Herr Kaufmann hat nicht nur recht, sondern er belegt damit auch, wie im Bereich der Krankenversicherung heute überzogen wird, und zwar im Bestreben, Versicherte an sich zu ziehen, Versicherten Zusatzleistungen anbieten zu können, die dann das ganze Kostenvolumen ansteigen lassen. Es ist deshalb dringend geboten, wieder auf die Pflichtleistungen zurückzugehen und die Kassen auf den Pflichtleistungskatalog zu verpflichten.

Herr Plattner vermag ich in Absatz 3 nicht zu folgen. Gerade Ausserhoder sind in diesem Bereich, ich gebe es zu, vielleicht ein bisschen sensibilisiert, aber gleichzeitig auch legitimiert, Stellung zu beziehen. Ich meine, Herr Plattner widerlege sich selbst, wenn er darauf hinweist, dass Alternativ- oder – wie man modern sagt – Komplementärmedizin heute wissenschaftlich anerkannt sei. Das stimmt. Und wenn es so ist, wenn es zum Beispiel heute Lehrstühle für Komplementär- oder für Alternativmedizin gibt – auch wenn sie noch nicht besetzt werden konnten – und wenn damit der Bereich der Komplementärmedizin wissenschaftlich anerkannt ist, dann ist es eine Frage der Zeit, vielleicht von Wochen, vielleicht von Monaten, bis zusätzliche alternativ- oder komplementärmedizinische Heilmittel auch in die Spezialitätenliste aufgenommen werden.

Verschiedene derartige Medikamente figurieren schon auf dieser Liste. Die ganze Sache kann nicht einfach heute im Sinne eines Status fixiert werden. Zu tun hat man es vielmehr mit einem Prozess, der im Fluss ist, einem Prozess, der sich

ständig weiterentwickelt. Ich glaube, das kommt alles gut heraus; gerade wegen des Hinweises von Herrn Plattner, dass wir es mit einer wissenschaftlich anerkannten Branche zu tun haben.

Das Anliegen von Herrn Plattner wird in diesem Sinne zweifellos im Zuge der laufenden Entwicklung zum Tragen kommen. Ich würde daher meinen, dass der Antrag von Herrn Plattner abgelehnt werden muss.

Plattner: Lieber Kollege Schoch, es wäre ja schön, Sie hätten recht. Wir beschliessen hier Sofortmassnahmen, die zwei Jahre Geltung haben sollen. Ich würde meine Hand für die Behauptung ins Feuer legen, dass in diesen zwei Jahren die Kommission in ihrer heutigen Zusammensetzung nichts Wesentliches an der Zusammensetzung der Medikamente ändern wird, die auf dieser Liste sind. Leider ist es so – ich bedaure das sehr –, dass die Schulmedizin aus historischen Gründen auf dieser Liste und in dieser Kommission noch sehr stark dominiert. Das wird sich sicher mit der Zeit ändern – darin stimme ich Herrn Schoch zu –, aber niemals während der Wirkungsdauer dieses Beschlusses. Es geht aber um diesen Beschluss.

Ich repetiere noch einmal meinen Schlusssatz: «... er hat zu viele unbedachte Konsequenzen und gehört nicht in dieses Sofortpaket.» Man kann in fünf Jahren darüber reden, wenn es dem Bundesrat gelungen ist, diese Kommission anders zu besetzen, und die Liste entsprechend verbessert worden ist. Aber heute ist das einfach ein Scheingrund. Wenn sich hier jemand widerspricht, dann ist es Kollege Schoch und nicht ich!

Frau Simmen, Berichterstatterin: Ich hoffe, dass ich nicht die dritte bin, die sich auch noch widerspricht. Ich möchte einen entstandenen Eindruck richtigstellen: Wenn ich Herrn Plattner höre, habe ich den Eindruck, dass überhaupt keine homöopathischen Medikamente bezahlt werden. Das stimmt nicht. Der Streitpunkt geht vielmehr darum, ob diejenigen, die bezahlt werden, hoch genug potenziert, also aus der Sicht der homöopathischen Medizin wirkungsvoll genug sind. Da sich das genau umgekehrt zur Schulmedizin verhält, ist dieser Punkt umstritten. Homöopathische Mittel werden bezahlt; die Frage ist, ob die richtigen bezahlt werden. Genau dieses Problem können wir mit den befristeten Massnahmen nicht lösen. Das muss wirklich die Eidgenössische Arzneimittelkommission tun. Ich stimme Herrn Plattner durchaus zu, dass es sich hier um ein Gebiet handelt, das in Fluss ist, und dass noch anderes zum Fließen gebracht werden könnte.

Ich befürchte ferner, dass durch Herausstreichen dieses Abschnitts am Schluss etwas herauskäme, Herr Plattner, das auch Sie nicht wollen. Die Gefahr bestünde, dass nicht nur auf Sparmöglichkeiten von 150 Millionen verzichtet würde, die hier drinlägen, sondern der Weg für teure Medikamente geöffnet würde, die auch wieder frei wären. Es bliebe nicht bei den homöopathischen, die sehr preisgünstig sind und oft ein ausserordentlich gutes Preis-/Wirkungsverhältnis aufweisen. Es werden andere Mittel hineinrutschen, und dann sind wir wieder beim gleichen Thema: Wir möchten Kosten senken – aber so tun wir es nicht.

Bundesrat Cotti: Ich werde mich kurz fassen. Ich war versucht, meine Mitarbeiter zu beauftragen, auszugsweise aus den unzähligen Briefen von Versicherten, die sich darüber beklagen, die Krankenversicherung sei überhaupt nicht mehr tragbar, vorzulesen. Ich erspare Ihnen das und zweifle nicht, dass es bei den Leistungen der Kassen wegen der grossen Konkurrenz untereinander Auswüchse gibt. Mit Artikel 7 vollendet die Kommission die Übung, die Schwergewichte, die der Bundesrat gesetzt hat, von den Leistungserbringern auf die Versicherten zu verlagern.

Bei Artikel 7 inklusive Absatz 3, Herr Plattner, muss ich gestehen, dass ich bereit gewesen wäre, der Kommission entgegenzukommen, auch wenn ich weiss, dass damit eine eindeutige Verlagerung in Richtung der Versicherten stattfindet, weil die Idee der Opfersymmetrie letzten Endes doch begrifflich gewesen wäre. Kumuliert mit Artikel 3 führt das aber zu Ergeb-

nissen, die mich sehr daran zweifeln lassen, ob die Ziele des ganzen Bundesbeschlusses noch erreicht werden können. Ich wiederhole: Wir werden uns nächstes Jahr wieder treffen und aufgrund der gemachten Feststellungen sehen, ob das stimmt oder nicht.

An und für sich könnte ich – das möchte ich betonen – den Artikel 7 – losgelöst von den anderen versicherten- oder patientenfeindlichen Massnahmen – annehmen.

Titel, Abs. 1, 2 – Titre, al. 1, 2
Angenommen – Adopté

Abs. 3 – Al. 3

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission 32 Stimmen
Für den Antrag Plattner 4 Stimmen

Art. 7bis (neu)

Antrag der Kommission

Mehrheit

Ablehnung des Antrages der Minderheit

Minderheit

(Onken)

Die Krankenkassen können in Abweichung von Artikel 16 des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1911 über die Krankenversicherung (KUVG) den Beitritt von Aerzten und anderen Leistungserbringern zu einem Tarifvertrag ablehnen. Sie können mit kostengünstig arbeitenden Leistungserbringern besondere Tarifverträge abschliessen.

Art. 7bis (nouveau)

Proposition de la commission

Majorité

Rejeter la proposition de la minorité

Minorité

(Onken)

Les caisses peuvent, en dérogation à l'article 16 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 13 juin 1911, refuser l'adhésion de certains médecins ou d'autres fournisseurs de prestations à une convention tarifaire. Elles peuvent passer des conventions tarifaires particulières avec des fournisseurs de prestations qui offrent des conditions plus favorables.

Onken, Sprecher der Minderheit: Zunächst eine Warnung. Dieser Antrag ist eine Feldmine, wie Frau Simmen in der Kommission gesagt hat. Er enthält Explosivstoff, denn er will mit einer guten Tradition brechen und es den Krankenkassen in Zukunft ermöglichen, mit besonders kostengünstig arbeitenden Aerzten und anderen Leistungserbringern besondere Verträge abzuschliessen. Die Voraussetzung dazu wäre, dass die Krankenkassen in Zukunft erstens den Beitritt von Aerzten und anderen Leistungserbringern zu den Tarifverträgen ablehnen könnten – heute ist das nicht der Fall, sie müssen eigentlich jeden Mann und jede Frau aufnehmen – und zweitens die Meistbegünstigungsklausel in diesen Tarifverträgen ausschliessen könnten.

Genau auf diese beiden Punkte zielt dieser Antrag ab, denn er will die Gewichte zugunsten der Krankenkassen verschieben. Er will ihnen die Möglichkeit eröffnen, mit rechnenden, mit kostengünstigen, mit entgegenkommenden Leistungserbringern besondere Vereinbarungen abzuschliessen. Und dies wiederum würde selbstverständlich Wettbewerb erzeugen – ein Anliegen, das hier mehrfach vertreten worden ist. Hier ist eine Gelegenheit dazu, diese Konkurrenz auch im Gesundheitswesen zu ermöglichen. Dieser Antrag würde, wenn er angenommen wird, erstens Druck erzeugen auf die Kosten – denn er würde natürlich diejenigen unterstützen und begünstigen, die kostengünstig arbeiten –, und er würde zweitens Druck erzeugen auf jene, die dies nicht tun. Er würde drittens dazu beitragen, dass die Krankenkassenprämien in Zukunft nicht mehr so rasant ansteigen, wie das in der Vergangenheit der Fall war, denn dass sie wieder sinken könnten, wie hier vorhin – blauäugig, würde ich einmal sagen, oder sogar wider besseres Wissen – gesagt worden ist, das glaube ich nun wirk-

lich nicht. Bestenfalls werden sie moderat ansteigen. Das ist das Höchste, was wir erreichen können. Nicht Herr Schoch hat das gesagt; er ist unschuldig. Aber andere haben es angedeutet.

Ich kann hier leider, Herr Schoch, nicht einen Briefeschreiber zitieren, der sich persönlich an mich gewandt hat, auch nicht Herrn Kaufmann; ich kann nur einen Herrn Rudolf Gilli zitieren. Herr Kaufmann ist ja ein uns völlig unbekannter Kronzeuge, Herr Gilli ist immerhin Vizepräsident des Konkordats der Schweizerischen Krankenkassen. Er schreibt: «Die brennenden Probleme können nur gelöst werden, indem man von der Symptombekämpfung zur Behandlung der Ursachen übergeht. Massnahmen und Ziele sind langfristig und dauerhaft auszurichten.... Man stelle sich beispielsweise nur einmal vor, die Krankenkassen hätten die Möglichkeit, Verträge nur mit kostengünstig arbeitenden Leistungsanbietern abzuschliessen.»

Das ist das Anliegen, und genau diesem Anliegen möchte ich Rechnung tragen, und zwar bereits in diesem dringlichen Bundesbeschluss. Natürlich würden die Massnahmen nicht sofort greifen. Es bräuchte eine gewisse Zeit, um sie zu realisieren, aber beispielsweise bereits im zweiten Jahr der Laufdauer dieses Beschlusses könnten sie die ersten Früchte zeitigen. Ich finde also, hier ist durchaus der Ort, im Vorgriff auf die Krankenversicherungsrevision eine solche Massnahme einzuführen.

Ich bitte deshalb darum, dass man diesem Minderheitsantrag stattgibt und ihm zustimmt.

Frau Simmen, Berichterstatterin: Herr Kollege Onken hat hier einen der berühmten Lapsus linguae zitiert. Ich befehle mich allgemein strengstens einer zivilen Ausdrucksweise. Das war die ganz grosse Ausnahme, aber ich glaube, es ist wirklich Sprengstoff in diesem Minderheitsantrag drin, und zwar im ersten Satz: dass also Krankenkassen Aerzte vom Tarifvertrag ausschliessen können. Das ist nun wirklich eine ausserordentlich heikle Angelegenheit, und ich hätte grösste Bedenken, diesen Ausschluss so in die befristeten Massnahmen hineinzunehmen.

Das Anliegen an und für sich, dass die Krankenkassen mit kostengünstig arbeitenden Leistungserbringern besondere Verträge abschliessen können, ist heutzutage weitgehend unbestritten. Es gibt bereits Länder, wo das so gemacht wird.

Es gibt verschiedene Modelle. Die bekanntesten sind die sogenannten HMO, die Health Maintenance Organisations, wo also der Arzt nicht davon profitiert, wenn die Leute möglichst viel krank sind und möglichst viel verarztet werden, sondern wo dieser Anreiz für ihn nicht spielt. Es gibt auch PPO und wie sie alle heissen.

Das Anliegen ist durchaus berechtigt, und es wird jetzt in der Totalrevision diskutiert. Aber ich muss wiederholen: Diese befristeten Massnahmen scheinen mir der falsche Ort zu sein für ein richtiges Anliegen. Und das ist der Grund dafür – nicht das Anliegen an sich –, dass ich Sie bitte, diesen Zusatzantrag abzulehnen.

Morniroli: Man schlägt hier vor, die Krankenkassen sollen den Beitritt von Aerzten und anderen Leistungserbringern zu einem Tarifvertrag ablehnen können.

Ich muss bestreiten, was Herr Kollege Onken gesagt hat: Es stimmt nicht, dass die Krankenkassen das heute nicht können. Es gibt auch ein Karenzjahr, das im gegenwärtigen Gesetz vorgesehen ist, es wurde auch schon angewandt.

Auf der andern Seite können die Krankenkassen auch Aerzte ausschliessen, wenn sie wollen. Es muss nur in den entsprechenden kantonalen Verträgen festgelegt sein. Wenn das bisher nicht der Fall war, dann ist es dem Umstand zuzuschreiben, dass die Krankenkassen Interesse haben an Verträgen, und überall, wo es zu vertragslosen Zuständen gekommen ist – was ja im Interesse der Aerzte ist –, kam es dann auf Druck der Krankenkassen wieder zu Vertragsabschlüssen.

Die Krankenkassen müssen auch Konzessionen machen, wenn man Verträge ausarbeitet, und ein solcher Artikel würde in einen solchen Vertrag nicht aufgenommen. Solche Bestimmungen sind in unserer kleinen Schweiz sehr gefährlich. Vor

allem in kleinen Kantonen kennen sich mehr oder weniger alle. Viele sind miteinander verwandt, sind zusammen in irgendeinem Klub, in der gleichen Partei, haben zusammen Militärdienst geleistet – andere hingegen nicht. Die Gefahr ist sehr gross, dass solche Entscheide durch Willkür dominiert werden.

Ein junger Arzt, der seine private Tätigkeit aufnimmt, ist auf einen Tarifvertrag angewiesen, denn sonst kann er finanziell nicht überleben. Wenn wir ihm dies verbieten, kommt das einem Berufsverbot gleich, und dies, nachdem der Staat viel Geld investiert hat, um einen Arzt auszubilden. Man müsste dann schon den Mut aufbringen, sich einmal für den durch die FMH seit Jahren vorgeschlagenen Numerus clausus für Medizinstudenten einzusetzen. Dort müsste man eventuell ansetzen.

Zum zweiten Abschnitt dieses Antrages: Die Möglichkeit, mit kostengünstig arbeitenden Leistungserbringern besondere Tarifverträge abzuschliessen, ist juristisch und politisch sicher nicht haltbar. Die Tarife werden ja zwischen den kantonalen Leistungserbringerorganisationen und den entsprechenden Krankenkassenverbänden ausgehandelt und müssen durch die Kantonsregierungen ratifiziert werden. Wie kann eine kantonale Regierung – denn auch diese Alternativtarifverträge müssten durch die Kantonsregierung genehmigt werden – für die gleiche Leistung zwei verschiedene Tarife genehmigen? Entweder ist der eine zu hoch oder der andere zu tief. (*Zwischenruf Onken: Der eine ist zu hoch!*)

Ich sehe da in diesem Sinn eine absolute Inkohärenz, und ich empfehle Ihnen deshalb, den Antrag abzulehnen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	26 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	4 Stimmen

Art. 8 (neu)

Antrag der Kommission

Titel

Kantonale Planungen.

Wortlaut

Die Kantone sind im Rahmen ihrer Zuständigkeit verpflichtet, innerkantonale und interkantonale Planungen im Gesundheitswesen durchzuführen mit dem Ziel, die Koordination zwischen den Leistungserbringern zu verbessern, die Ressourcen optimal zu nutzen und die Kosten einzudämmen. Private Trägerschaften sind angemessen in die Planung einzubeziehen. Die Kantone bringen ihre Planungen dem Departement zur Kenntnis.

Antrag Morniroli

Titel

Teuerungsausgleich an das Personal der Krankenkassen

Wortlaut

Der Teuerungsausgleich an das Personal der Krankenkassen unterliegt den gleichen Einschränkungen wie jener für das Personal im stationären Bereich gemäss Artikel 2.

Art. 8 (nouveau)

Proposition de la commission

Titre

Planifications cantonales

Texte

Les cantons sont chargés, dans le cadre de leurs compétences, d'établir, dans le domaine de la santé publique, une planification cantonale ainsi qu'une planification intercantonale dont le but est d'améliorer la coordination entre les fournisseurs de prestations, d'utiliser les ressources de façon optimale et de réduire les coûts. Les organismes privés doivent être pris en considération de manière adéquate. Les cantons informent le département de leurs planifications.

Proposition Morniroli

Titre

Compensation du renchérissement pour le personnel des caisses-maladie

Texte

La compensation du renchérissement accordée au personnel des caisses-maladie est soumise aux mêmes restrictions que pour le personnel hospitalier selon l'article 2.

Frau Simmen, Berichterstatterin: Ich hoffe, dass es für die Krankenversicherung ganz allgemein ein gutes Omen ist, dass der letzte Artikel dieser befristeten Massnahmen noch einmal eine Massnahme zur Kostendämpfung und nicht nur zur Plafonierung ist. Es geht hier um kantonale Planung.

Es ist am letzten Donnerstag und heute schon mehrfach gesagt worden, dass diese kantonale Planung ein ganz wesentlicher Teil der Kostendämpfungsmassnahmen ist. Mangelnde Koordination innerhalb der Kantone und zwischen den Kantonen und mangelnde Synergien wirken ausserordentlich kostensteigernd, und das Problem der überzähligen Betten ist heute ebenfalls im Zusammenhang mit der Diskussion um Artikel 3 erwähnt worden.

Die Kommission möchte die Kantone darauf verpflichten, inner- und interkantonale Planungen durchzuführen, dabei nicht nur das Spitalwesen, sondern das Gesundheitswesen als Ganzes zu betrachten. Somit sollten sie eine interdisziplinäre Betrachtungsweise pflegen, indem ambulante und stationäre Behandlung, Behandlung zu Hause, spitalexterne Dienste und alles, was überhaupt dazu gehört, einbezogen werden, sowohl was die öffentlichen Spitäler und Dienste als auch was die privaten Trägerschaften betrifft. Ich kann mir nicht vorstellen, dass dieses Anliegen in irgendeiner Weise auf Opposition stossen könnte.

Ich bitte Sie, diesem Artikel in der Fassung der Kommission zuzustimmen.

Bundesrat Cotti: Wer kann gegen das Begehren von kantonalen Planungen im Spitalwesen auch nur ein Komma einwenden? Dieses Begehren ist ja seit Jahrzehnten auf dem Tisch. Alle, die wir hier in diesem Rat sitzen, haben in irgendeiner Form mit diesem Begehren zu tun gehabt. Ich gehörte auch einmal einer Kantonsregierung an und musste sehen, welche Möglichkeiten wir hatten, unsere Spitäler zu planen. Hier wird sogar eine interkantonale Planung verlangt, was ich als sehr sinnvoll betrachte.

Was aber fehlt, ist eine Sanktionsmöglichkeit. Es heisst nur: Die Kantone informieren das Departement über ihre Planungen. «Les cantons informent le département de leurs planifications.» Das ist eine sehr schöne, aber leider deklaratorische Massnahme, die in keiner Weise in irgendeiner Form zur Durchführung gelangen kann, wenn die Kantone das nicht wollen.

Ich applaudiere. Aber zu den Wirkungen, Frau Simmen, mache ich wieder ein Fragezeichen. Wir werden in einigen Jahren auch darüber wieder sprechen.

Präsidentin: Herr Morniroli hat seinen Antrag zurückgezogen.

Angenommen gemäss Antrag der Kommission

Adopté selon la proposition de la commission

Art. 9 (neu)

Antrag der Kommission

Titel

Schlussbestimmungen

Abs. 1

Dieser Beschluss ist allgemeinverbindlich.

Abs. 2

Er wird nach Artikel 89bis Absatz 1 der Bundesverfassung als dringlich erklärt und tritt am 1. Januar 1993 in Kraft.

Abs. 3

Er untersteht nach Artikel 89bis Absatz 2 der Bundesverfassung dem fakultativen Referendum und gilt bis zum Inkrafttreten des revidierten Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, längstens jedoch bis zum 31. Dezember 1994.

Art. 9 (nouveau)*Proposition de la commission**Titre*

Dispositions finales

Al. 1

Le présent arrêté est de portée générale.

Al. 2

Il est déclaré urgent, au sens de l'article 89bis, 1er alinéa, de la constitution et entre en vigueur le 1er janvier 1993.

Al. 3

Le présent arrêté est sujet au référendum facultatif selon l'article 89bis, 2e alinéa, de la constitution. Il est limité jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-maladie révisée mais au plus tard au 31 décembre 1994.

Frau Simmen, Berichtstatterin: Ich möchte lediglich zu Absatz 2 eine Bemerkung machen, nämlich zur Dringlichkeit. Ursprünglich wollte die Kommission mit dieser Dringlichkeit im Zweitrat etwas Luft, wenn auch nicht gerade Musse zur Beratung dieser Massnahmen verschaffen. Unterdessen ist der Zeitplan bereits derartig gedrängt geworden, dass es sich um eine schiere Notwendigkeit handelt.

Die Kommission des Nationalrates wird diese befristeten Massnahmen erst am nächsten Donnerstag beraten, und wenn sie überhaupt in Kraft treten sollen – und das müssen sie unbedingt –, kommt nur eine Dringlichkeit in der Dezember-session in Frage, denn wir werden wahrscheinlich die Differenzen in dieser Session nicht mehr bereinigen können.

Es ist für die Krankenkassen so schon schwierig genug, wenn das erst im Dezember kommt, wenn sie bis dann nicht wissen, wie die ganze Sache ablaufen wird. Es gibt nichts anderes, als dass wir diese Bestimmungen dringlich erklären.

Ich möchte noch erwähnen, dass dieser Beschluss gemäss Absatz 3 bis zum Inkrafttreten des revidierten Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, längstens jedoch bis zum 31. Dezember 1994 Gültigkeit haben soll. Damit hat die Kommission ganz bewusst einen sehr engen Spielraum geschaffen. Sie will damit – auch im Rat – ein Signal geben, dass sie fest entschlossen ist, die Totalrevision möglichst beförderlich zu behandeln. Die Kommission ist in ihren Beratungen weit fortgeschritten. Der Ständerat wird als Erstrat in der Dezember-session zur ersten Lesung der Totalrevision schreiten können. Dieses Datum möchte das Signal dafür geben.

Angenommen – Adopté

Präsidentin: Herr Coutau beantragt Rückkommen auf Artikel 1. Gemäss Artikel 62 unseres Ratsreglementes hat jedes Mitglied die Möglichkeit, Rückkommen auf einen bestimmten Artikel zu beantragen.

M. Coutau: Je vous propose de revenir sur le vote qui est intervenu en fin de séance jeudi dernier sur l'article premier, vote au cours duquel la majorité était opposée à la minorité Schüle.

J'ai quelque raison de penser que l'heure tardive à laquelle le vote est intervenu n'a pas permis à la décision d'être totalement représentative de l'avis majoritaire de ce conseil. En effet, l'heure était exceptionnellement tardive par rapport au programme usuel de ce conseil, et c'était la seconde fois en deux jours que cela se produisait. Je regrette d'avoir été personnellement, comme un certain nombre de mes collègues, absent au moment de ce vote. Je sais que les absents ont toujours tort. Je pense néanmoins que ces nombreuses absences – une dizaine environ – et une majorité très courte, puisque le vote s'est fait à 17 voix contre 13, m'autorisent à penser que le résultat est problématique. Il ne s'agit pas ici de reprendre le débat, qui a déjà eu très largement lieu, mais de faire en sorte que ce conseil s'exprime de façon représentative.

Permettez-moi d'insister en disant que ce vote revêt une réelle importance. En effet, lors du débat, jeudi dernier, plusieurs collègues ont annoncé que leur attitude à l'égard de l'ensemble de cet arrêté dépendrait largement du sort que la majorité réserverait à cette votation. J'ajoute encore, non sans malice, que le résultat du vote populaire de dimanche sur les indemni-

tés parlementaires confirme tout le prix que le peuple attache à notre statut de miliciens.

C'est pourquoi je vous propose de revenir sur ce vote.

Schmid Carlo: Der Rückkommensantrag Coutau geht auf eine Abstimmungsniederlage bei Artikel 1 zurück, die in der «NZZ» vom 25. September wie folgt kommentiert worden ist: «In der Abstimmung unterlag die freisinnige Minderheit» – die liberale Minderheit, soweit sie noch da war; das ist Schmid, nicht «NZZ» (*Heiterkeit*) – mit 13 gegen 17 Stimmen. Die Freisinnigen tragen allein die Schuld für Ihre Niederlage. Sie hätten sich durchaus durchzusetzen vermocht, wäre nicht praktisch die Hälfte ihrer Abordnung ausserhalb des Saales gewesen.» Ich habe vor dem Hintergrund einer solchen Rüge durchaus Verständnis, dass man versucht, nunmehr die Scharte auszuwetzen.

Einen Rückkommensantrag zu stellen, ist ein parlamentarisches Recht. Wenn es nicht mutwillig benutzt wird, gebietet es auch die Courtoisie in diesem Rat, einem Rückkommensantrag nicht zu opponieren. Bei diesem Antrag aber opponiere ich.

Wenn dieser Rückkommensantrag durchkommt, frage ich mich, was die Minderheit in diesem Rat überhaupt noch soll. Wenn das Schüle macht, dann können Sie jeden Donnerstag ab zehn Uhr Ihre parlamentarische Tätigkeit abschliessen, Ihren lukrativeren Tätigkeiten nachgehen und über das Wochenende nachlesen, was die zurückgebliebenen «Ratsarbeiter», die ihre parlamentarische Pflicht noch ernst nehmen, verbrochen haben. Passt es Ihnen, was geschehen ist, passiert nichts; passt es Ihnen nicht, dann können Sie ja mittels Rückkommen ohnehin noch zum Rechten schauen.

Dann aber frage ich mich noch, ob diejenigen, die bis zum Sitzungsende ausharren, nicht die Dummen sind und besser auch nach Hause gingen, wenn sie nicht Gefahr laufen wollen, ihre Sitzungszeit unnützlich zu vertun. Es ist vielleicht – im Gegensatz zu dem, was Herr Coutau gesagt hat – auch ein Fingerzeig des Volkes gewesen, den es gestern gegeben hat, dass wir unsere parlamentarische Tätigkeit und nicht andere Tätigkeiten an die erste Stelle setzen sollen, auch wenn wir Milizparlamentarier sind.

Im Interesse des Ratsbetriebes muss ich Sie ersuchen, dem Rückkommensantrag zu widersprechen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Coutau

21 Stimmen

Dagegen

16 Stimmen

Art. 1 Abs. 1, 2 – Art. 1 al. 1, 2

M. Coutau: Ce débat a été long et compliqué. Je crois que nous avons parfaitement compris de quoi il s'agissait. M. Schüle a eu l'occasion, jeudi dernier, de motiver largement sa proposition de minorité. Le débat a été parfaitement complet, de sorte qu'il n'est à mon avis pas nécessaire, compte tenu de la compréhension que nous avons de la portée de ce vote, de prolonger cette séance. Par conséquent, je renonce à entrer sur le fond de cette proposition.

Je voudrais simplement ajouter, à la suite de la déclaration de M. Schmid, qu'il est effectivement nécessaire de faire preuve d'assiduité dans ce conseil, mais il est vrai aussi que ce conseil a pris cette session des habitudes qui sont tout à fait nouvelles et exceptionnelles quant à la longueur des séances. C'est pourquoi des modifications de programme ont dû se produire dans les agendas des uns et des autres de façon abrupte, rendant difficile la présence de certains dans la salle en fin de séance. Cela ne se reproduira pas, je l'espère.

Persönliche Erklärung – Déclaration personnelle

Mornroff: Ich gebe nur eine ganz kurze persönliche Erklärung ab. Ich habe jetzt für Rückkommen gestimmt, werde mich aber, wie am Donnerstag schon, bei der Abstimmung enthalten, und zwar weil ich persönlich direkt finanziell betroffen bin. Ich finde es angebracht, dass ich mich der Stimme enthalte. Aus dem gleichen Grund werde ich mich auch bei der Gesamtabstimmung der Stimme enthalten.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	21 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	17 Stimmen

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Entwurfes	23 Stimmen
Dagegen	10 Stimmen

Präsidentin: Ich möchte noch eine persönliche Bemerkung anfügen. Herr Coutau, wir haben Ihnen allen im Hinblick auf diese Session eindeutig angekündigt, dass Sie sehr flexibel sein müssten. Wir haben Ihnen angekündigt, dass Sie sehr schwere Belastungen zu erwarten hätten, weil wir das Eurolex-Paket und die EWR-Vorlage verabschieden müssen; Sie wussten also Bescheid. Ich habe Ihnen am Vormittag um 10 Uhr mitgeteilt, dass die Sitzung bis um 14 Uhr dauern würde; wir haben sie um 13.30 Uhr abgeschlossen. Ich möchte mich bei jenen entschuldigen, die umsonst ausgeharrt haben. Ich möchte ihnen dafür danken.

An den Nationalrat – Au Conseil national

92.067

Krankenversicherung. Massnahmen gegen die Kostensteigerung 1993–1994. Bundesbeschluss

Assurance-maladie. Mesures contre l'augmentation des coûts 1993–1994. Arrêté fédéral

Differenzen – Divergences

Siehe Seite 856 hiavor – Voir page 856 ci-devant

Beschluss des Nationalrates vom 7. Oktober 1992
 Décision du Conseil national du 7 octobre 1992

Art. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Frau **Simmen**, Berichterstatterin: Die Kommission hat sich gestern nachmittag mit den Differenzen befasst, die der Nationalrat zur ständerätlichen Fassung dieses Geschäfts geschaffen hat.

Bei Artikel 1 hat der Nationalrat die Fassung wiederaufgenommen, die die Mehrheit der ständerätlichen Kommission und der Ständerat im ersten Umgang, also zuerst, angenommen haben; in einem Rückkommen hat der Ständerat diese Fassung aber verworfen. Ich möchte die Absätze 1 bis 3, Frau Präsidentin, noch einmal kurz vorstellen – wir haben das bereits im Plenum getan – und Sie bitten, dann die Diskussion für alle drei Absätze gemeinsam führen zu lassen, weil es sich ja um ein Konzept handelt.

Absatz 1 des Artikels 1 beinhaltet die Begrenzung der Tarife und Preise im ambulanten Sektor auf der Höhe vom 30. Juni 1992, geltend für ein Jahr.

Absatz 2 enthält die Flexibilisierung, wie sie der Ständerat vorgesehen hatte, nämlich eine Erhöhungsmöglichkeit für Leistungserbringer, die ihre Taxpunktwerte letztmals vor 1990 angehoben hatten.

In Absatz 3 wird geregelt, unter welchen Bedingungen Leistungserbringer im Jahre 1994 die Tarife und die Preise allenfalls erhöhen dürfen.

Artikel 1 Absatz 4 ist vom Nationalrat neu eingefügt worden. Die Philosophie des Artikels 1 besteht darin, dass bestehende Tarife und Preise begrenzt und allenfalls wieder angehoben werden können. Der Artikel bezieht sich also auf etwas, was bereits besteht. Es kann nun aber vorkommen, dass Kassen mit Leistungserbringern während der Dauer dieses Beschlusses erstmals Verträge abschliessen. Logischerweise kann sich dieser Beschluss nicht auf diese neuen Verträge beziehen. Spätere Erhöhungen hingegen – wenn diese Beträge einmal bestehen – fallen dann unter Artikel 1 Absatz 1. Hier geht es um neue Verträge, auf die dieser Beschluss nicht anwendbar ist. Es ist an und für sich etwas Logisches, aber der Nationalrat hat Wert darauf gelegt, es hier expressis verbis in den Beschluss einzufügen.

Die Kommission stimmt dem Nationalrat zu.

Angenommen – Adopté

Art. 3

Antrag der Kommission

Mehrheit

Festhalten

Minderheit

(Onken, Roth)

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 3

Proposition de la commission

Majorité

Maintenir

Minorité

(Onken, Roth)

Adhérer à la décision du Conseil national

Frau **Simmen**, Berichterstatterin: Hier empfiehlt Ihnen die Mehrheit Ihrer Kommission, an Ihrem Beschluss vom 28. September 1992 festzuhalten. Sie ging von folgenden fünf Überlegungen aus:

1. Der stationäre Sektor ist heute gegenüber dem ambulanten bevorzugt. Es besteht ein Anreiz, im Zweifelsfall den teureren stationären Sektor zu bevorzugen. Eine Aenderung dieses Anreizes bedeutet eine Signal in die richtige Richtung der Kostendämpfung:

2. Es gibt klare Fälle, bei denen nur eine Hospitalisierung des Patienten in Frage kommt; daneben gibt es einen breiten Bereich, wo es eine Ermessensfrage ist, ob die Behandlung stationär oder ambulant erfolgen soll. Es gibt auch viele Fälle, bei denen die Frage, ob der Spitalaufenthalt zwei Tage länger oder weniger lang dauern soll, nicht eine medizinische Frage, sondern eine Frage des Komforts ist.

3. Eine Kostenbeteiligung von 10 Franken pro Tag ist sozial vertretbar; bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von neunehalb Tagen macht sie nicht ganz 100 Franken aus. Dort, wo der Selbstbehalt – und zwar für ambulante wie für stationäre Behandlung – dem Versicherten nicht zugemutet werden kann, ist das Netz der sozialen Hilfe gespannt.

4. Die gemeinsame Höchstgrenze für ambulante und stationäre Behandlung und die Kostenbeteiligung von maximal 500 Franken bedeuten für alle Patienten, welche nur ambulante Dienste in Anspruch nehmen – und das ist die Mehrzahl –, gegenüber heute eine Reduktion der Kostenbeteiligung um ein Drittel, nämlich von 750 auf 500 Franken.

5. Wenn die Kosten zum Sinken gebracht werden können, sinken in der Folge auch die Prämien, was das Ziel aller Sparanstrengungen ist und die Versicherten ebenfalls entlastet.

Fazit der Kommissionsmehrheit: Aufwand und Ertrag stehen in einem angemessenen Verhältnis. Sie will daher an diesem Artikel festhalten.

Onken, Sprecher der Minderheit: Ich möchte zunächst anerkennen, dass der Handstreich auf Artikel 1 nicht wiederholt worden ist und dass diejenigen, die am 28. September die Mehrheit nachträglich erzwangen, darauf verzichtet haben, diese Position durchzusetzen – eine Position allerdings, die im Ensemble dieses Beschlusses unhaltbar geworden ist. Sollte also nicht auch diese kleine Minderheit Onken/Roth in einer wahrscheinlich ziemlich aussichtslosen Position ebenfalls die Waffen strecken und sich in das Unvermeidliche schicken?

Ich mache mir keine Illusionen. Es sieht danach aus, als ob eine komfortable Mehrheit dieses Rates die Patienten stärker zur Kasse bitten will, jene, die schon bisher die grösste Last im schweizerischen Gesundheitswesen zu tragen hatten und die nun eine noch grössere Bürde aufgeladen bekommen sollen. Diese Mehrheit scheint auch nicht zu zögern, dies in einer doch vergleichsweise undifferenzierten und damit ungerechten und unsozialen Art tun zu wollen, indem zum Pro-Kopf-Prämiensystem – mit all den Nachteilen, die uns bekannt sind – nun auch noch ein Selbstbehalt im stationären Bereich kommt, der für die grossen Einkommen lediglich einen symbolischen Charakter hat, der die mittleren Einkommen einigermaßen schon und der die kleinen Einkommen in vollem Umfang trifft.

Wenn das Ursachenbekämpfung sein soll, sieht man diese Ursachenbekämpfung offenbar nur bei einer ganz bestimmten gesellschaftlichen Gruppe, nämlich letztlich bei den schwächsten Gliedern dieser Gemeinschaft, die sich aus der finanziellen Bedrängnis nicht mehr herauswinden können. Das ist ein Punkt, in dem nicht nachgegeben werden kann. Das ist auch für mich persönlich eine Position, die nicht verhandelbar ist. Deshalb halte ich gemeinsam mit Kollege Roth diesen Antrag aufrecht.

Natürlich ist die Begrenzung des Selbstbehaltes auf 500 Franken – die Frau Simmen erwähnt hat – ein kleiner Trost. Wer überhaupt nicht ins Spital geht, wird sogar – so wird gesagt – entlastet. Wie sinnvoll das nun wieder ist, wage ich als Frage gar nicht erst aufzuwerfen. Denn wenn nun im ambulanten Bereich die Bremse eher gelockert, sie im stationären Bereich hingegen – wo der Missbrauch erwiesenermassen viel geringer ist als im ambulanten – angezogen wird, ist auch das im Grunde genommen nicht das Signal, das gesetzt werden sollte.

Ausserdem ist nicht von der Hand zu weisen, dass die privaten Leistungserbringer davon eher profitieren, während die öffentlichen zusätzlich belastet werden. Das ist auch eine Verschiebung im Wettbewerb, der auf dem Gesundheitsmarkt herrscht, und es ist noch keine echte Kosteneinsparung.

Es lässt sich einfach nicht bestreiten: Es sind rund 100 Millionen zusätzliche Patientenfranken, die in der Kasse klingeln und die, wie gesagt, von den Versicherten, den Patienten, getragen werden müssen. Dies in einer Schweiz, die europaweit mit grossem Abstand an der Spitze steht, wenn es um die Belastung der privaten Haushalte im Gesundheitswesen geht.

Bei uns beträgt diese Belastung 56,5 Prozent, im Durchschnitt der EG-Länder nur 36,8 Prozent. 56,5 Prozent zu 36,8 Prozent, das ist die Realität! Die Arbeitgeber leisten in der Schweiz 24 Prozent, im EG-Durchschnitt 45,5 Prozent. Der Staat trägt bei uns 19,5 Prozent bei, in der EG mit seinen ärmeren Ländern 23,1 Prozent: Wo bleibt da die Europakompatibilität, die in dieser und in der letzten Session eine so grosse Rolle gespielt hat? Sie sind offenbar entschlossen, hier noch eins draufzusetzen und damit das Gefälle zu Lasten der Prämien und der Selbstzahler noch zu verschärfen!

Wenn wir diesen Selbstbehalt im Bundesbeschluss nun ablehnen, dann heisst das nicht, dass wir es auch beim Gesetz über die Krankenversicherung tun werden. Dort ist diese Massnahme in eine Balance von reformerischen Ansätzen vielfältiger Art eingebettet; dort ist sie auch in flankierende Massnahmen, in Instrumente des Ausgleichs und der Solidarität eingebettet, die hier ganz einfach fehlen. Wir haben dort ein System der Prämienverbilligung, das die unteren Einkommen spürbar entlastet; hier wird dieser Selbstbehalt im stationären Bereich einfach vorgezogen, und die Betroffenen sind ihm schutzlos ausgesetzt. Darin liegen der Eigensinn und die Härte dieser ganzen Uebung bei Artikel 3, die noch durch die Massnahmen in Artikel 7 verschärft werden.

Ich erwähne das nochmals, damit man den Zusammenhang sieht, denn auch in Artikel 7 mit den beiden vorgesehenen Massnahmen ist es so, dass die Prämienzahler durch Zusatzversicherungen oder die Patienten aus dem eigenen Portemonnaie neue Leistungen übernehmen müssen, die bisher von den Kassen getragen worden sind.

Irgendwo in diesem System von drei zusätzlichen Belastungen muss eine Linderung gesucht werden. Ich sehe sie ganz klar bei Artikel 3. Der Nationalrat hat das ebenfalls erkannt. Er hat diesen Artikel 3 in einer Abstimmung unter Namensaufruf (mit 106 zu 67 Stimmen bei 7 Enthaltungen) gestrichen.

Ich bitte Sie deshalb, hier keine Differenz zu schaffen, sondern dem Nationalrat zu folgen und den Artikel 3 ebenfalls ersatzlos aus dem Gesetz zu streichen.

Huber: Die Kommission hat der vorliegenden Lösung mit 9 zu 2 Stimmen zugestimmt. Sie hat damit in einer relativ schwierigen Lage einen ganz klaren Akzent gesetzt. Sie hat gute Gründe, die Frau Simmen Ihnen mit ruhiger Ueberzeugung dargelegt hat. Es handelt sich, Herr Onken, nicht um Eigensinnigkeit und Hartnäckigkeit; es handelt sich um eine klare Ueberlegung, die Ihnen bestens bekannt ist. Der Ausgangspunkt ist nicht die faktisch nicht existierende Mehrbelastung der Patienten. Sie wissen genau, dass der Betrag, um den wir diskutieren, von 750 auf 500 Franken herabgesetzt wurde, wie es in unserem Vorschlag steht. Sie wissen auch, dass der Ansatzpunkt für diese Diskussion das von allen, die mir bekannt sind und sich über längere Zeit mit der Materie befasst haben, erwünschte Ziel der Umverteilung zwischen ambulant und stationär ist. Das ist der gesundheitspolitische Ansatz. Die Berichterstatterin hat zu Recht darauf hingewiesen,

dass das Kostenkonsequenzen und mittel- und langfristig Kostenreduktionen und damit Prämienreduktionen zur Folge hat.

Sie argumentieren damit, das wäre nicht europakompatibel. Sie wissen so gut wie ich, dass wir beispielsweise im Rahmen des EWR auf eine Harmonisierung der Sozialversicherungssysteme verzichten, dass wir in diesem Bereich eine Schnittstellenproblematik bereinigt haben und nichts anderes. Sie wissen des weiteren, auch davon war die Rede, dass sich die Schweiz beispielsweise hier bei einem schwierigen Uebergangsbereich im Gleichschritt mit Bemühungen des deutschen Gesetzgebers befindet. Der deutsche Gesetzgeber, der seine Arbeitnehmer und Arbeitgeber in der Sozialversicherung in ausserordentlicher Art und Weise, nämlich gesamthaft gesehen mit bis zu 40 Lohnprozenten belastet, ist nun dabei, das Defizit in der Krankenversicherung in der Grössenordnung von rund 10 Milliarden Franken im Verhältnis von rund 6 zu 4 zwischen Leistungserbringern und Patienten zu verändern.

Ich möchte Sie aus all diesen Ueberlegungen bitten, der Mehrheit Ihrer Kommission zu folgen. Es ist der Versuch einer allseitigen Beteiligung derjenigen, die in diesem Gesundheitswesen in der einen oder anderen Funktion engagiert sind, hier gemeinsam in einem vertretbaren Rahmen eine Lösung für die Zeit zu suchen, bis die Totalrevision kommt. Es wäre schlecht, wenn Stücke herausgebrochen würden.

Ich plädiere nachhaltig dafür, dass wir bei allen Punkten in der Differenzbereinigung der Lösung der Kommission bzw. der Kommissionsmehrheit folgen.

Schoch: Ich hatte mich zum Wort gemeldet, bevor Herr Huber sein Votum vorgetragen hat. Mittlerweile hat er praktisch das ausgeführt, was ich Ihnen vortragen wollte. Ich beschränke mich deshalb darauf, zu bestätigen, dass die Argumentation von Herrn Huber richtig ist, und verzichte im übrigen auf Aeusserungen zu Artikel 3.

M. Roth: Quoiqu'on puisse en dire ici, cette disposition demeure quand même très problématique dans cet arrêté. Je ne veux pas répéter des arguments qui sont maintenant connus du conseil, mais je me bornerai à un seul point qui me paraît capital dans le débat.

La participation des patients aux coûts à l'hôpital est en quelque sorte un corps étranger dans le dispositif. Au départ, cet arrêté n'avait qu'un seul but, celui de réduire les coûts de l'assurance-maladie et surtout de soulager les assurés devant les augmentations des cotisations qui sont annoncées. Au lieu de cela, on instaure cette participation aux coûts à l'hôpital, qui représente une charge de quelque 100 millions de francs pour les patients. Je ne suis pas opposé à l'introduction d'un tel principe dans le cadre d'une révision totale de l'assurance-maladie où tous les poids des coûts seraient à nouveau redistribués ou répartis entre les différents partenaires de la santé, mais, en revanche, je ne peux pas me rallier à cette conception des choses à la faveur de cet arrêté dont la ratio legis n'était absolument pas destinée à cela au départ.

Je vous demande encore une fois de vous rallier à la décision très nette du Conseil national et de soutenir ici la minorité de la commission.

Bundesrat Cotti: Ich möchte zuerst sehr anerkennen, dass der Ständerat nicht mehr an der früheren Lösung von Artikel 1 festhält. Damit macht er einen sehr wichtigen Schritt. Wenn ich mich nicht täusche, ist es das erste Mal, dass von den bisher eindeutig geschonten Leistungserbringern ein gewisses, wenn auch relatives Opfer verlangt wird. Dieses Element kann nie genug unterstrichen werden. Zum ersten Mal geht die politische Behörde in die Richtung – die Opfersymmetrie als die zentrale Philosophie betrachtend –, auch von unseren Leistungserbringern etwas zu verlangen. Ich anerkenne das sehr. Doch muss ich gleich hinzufügen, dass die Ausnahme, die vorgesehen ist und die, sollten alle Voraussetzungen von Artikel 1 Absatz 2 erfüllt sein, fast 40 Prozent der Leistungserbringer betreffen würde, sehr grosszügig zu sein scheint. Ich bleibe dennoch bei der Auffassung, dass es ein wichtiger Schritt ist, der gemacht wird.

Die sehr solide Mehrheit in der Kommission könnte einen dazu verführen, bei Artikel 3 überhaupt auf das Wort zu verzichten und zu sagen: Wir sind in einer Differenzbereinigung und wollen jetzt einmal im Sinne eines gut schweizerischen Kompromisses die Differenzbereinigung über uns ergehen lassen. Das wird bei mir nicht der Fall sein.

Ich erläutere Ihnen, weshalb Sie mit der «Wiedereinführung» von Artikel 3 – aber ich anerkenne durchaus die Berechtigung verschiedener Meinungen – auf alle Fälle in eine andere Richtung gehen, als es die Zielsetzung des Bundesrates bei der Festlegung dieses Ueberbrückungsbeschlusses war. Wir haben nämlich gesagt: Wir wollen als Hauptziel eine Ueberbrückung, welche die Patienten nicht zusätzlich belastet. Dieses Ziel, das ich schon letztes Mal hier erwähnte, war nicht etwa aus der Luft gegriffen. Wenn wir feststellen, wie die Entwicklung der Belastungen bei den verschiedensten Beteiligten in dieser Frage in den letzten Jahren gegangen ist, muss man sagen, dass die Patienten die Gruppe darstellten, die bei weitem am meisten belastet wurden. Alle Zahlen belegen das. Unsere Idee wäre es gewesen – ich sage das ganz offen –, im Sinne einer minimalen sozialen Oeffnung für diese zweite Runde die Patienten ein bisschen zu schonen. Ich vergesse natürlich folgende Tatsachen nicht:

1. Mit den Sparmassnahmen des Bundes in den siebziger Jahren sind die Bundesbeiträge – das haben unsere Vorfahren in diesen Räten beschlossen – zum Stillstand gebracht worden, und das ging selbstverständlich stark zu Lasten der Patienten.

2. In der Hauptrevision, wo wir auch ein gewisses Mitmachen im Spitalbereich vorschlagen, sind eine Reihe von begleitenden Massnahmen enthalten, die es erlauben, wieder ein Gleichgewicht herzustellen. Ich denke insbesondere an die wesentliche Erhöhung um schätzungsweise 700 Millionen Franken, die wir für die Bundesbeiträge in Richtung Reduktion der Prämienbelastung bei den Patienten vorschlagen; dort wäre ein Gleichgewicht hergestellt worden, welches sozial durchaus vertretbar gewesen wäre und das jetzt nicht vorhanden ist.

Ich wage auch zu bezweifeln, ob das, was Sie vorschlagen, irgendwelche Folgen bei der Kostenfrage haben wird. Wenn ich diese Behauptung aufstelle, so lässt sie sich heute nicht beweisen. Herr Huber, dessen solide Haltung als Kommissionspräsident ich sehr geschätzt habe, mag anderer Meinung sein. Wir werden das nächste Jahr aufgrund der Zahlen wieder berechnen. Ich glaube aber nicht, dass diese 10 Franken auch nur einen Spitaltag weniger verursachen werden. Wenn Sie eine andere Meinung haben, ist das legitim. Deshalb wird das Ganze ausser einer unrechtmässigen Belastung der Patienten auch nichts bringen. Aus diesem Grund würde ich es eher vorziehen, wenn Sie die Lösung des Bundesrates, der hier die Patienten schonen wollte, vorziehen und dem Nationalrat in seiner Option folgen würden.

Ich mache zum Schluss einen kurzen Vergleich zu dem, was in der Bundesrepublik Deutschland heute passiert. Es ist mit gutem Recht behauptet worden, dass in der Bundesrepublik Deutschland schon jetzt – es ist keine Ueberbrückungsmassnahme, es ist eine grosse Revision der ganzen Gesetzgebung im Gange – von den Patienten eine stärkere Beteiligung auch an den Spitalpflegekosten verlangt wird.

3. Für die Leistungserbringer wird in der gleichen Vorlage eine totale Globalbudgetierung eingeführt. Ich vergesse nicht – hören und staunen Sie ein bisschen –, dass bei der Frage der Medikamentenpreise im Jahre 1993 sogar eine Reduktion von 5 Prozent einsetzt und dann bis 1994 ein Preisstopp. Dort ist natürlich ein Gleichgewicht vorhanden, welches sich sehen lässt.

Zum Schluss möchte ich sagen, dass Sie der Zielsetzung des Bundesrates ausweichen, die eine andere war.

Schoch: Ich möchte eine ganz kurze Erklärung abgeben, um Missverständnissen vorzubeugen. Herr Bundesrat Cotti hat nochmals – und vorhin schon Herr Onken und Herr Huber – darauf hingewiesen, dass die Kommission bei Artikel 1 Zustimmung zum Nationalrat beantrage. Das ist richtig. Damit keine Missverständnisse entstehen, möchte ich aber zu Proto-

koll geben, dass die Kommission diesen Entscheid nicht etwa einstimmig gefällt hat, sondern im Stimmenverhältnis von 7 zu 5 Stimmen und dass die Minderheit aus einer gesamtpolitischen Sicht beschlossen hat, auf einen Minderheitsantrag zu verzichten, um die ganze Vorlage nicht zu gefährden und um nicht die ganze Geschichte generell in Frage zu stellen. Es lag mir daran, das noch zu Protokoll zu geben.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	34 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	9 Stimmen

Art. 5 Abs. 2

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 5 al. 2

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Frau Simmen, Berichterstatterin: Hier handelt es sich darum, dass der Nationalrat die Kompetenzerteilung an eine Krankenkasse, die Mitgliederbeiträge anzuheben, eine Stufe höher ansetzt: vom Bundesamt zum Departement.

Angenommen – Adopté

Art. 6 Abs. 2

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 6 al. 2

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Frau Simmen, Berichterstatterin: Bei Artikel 6 Absatz 2 geht es darum, dass verschiedene Kantone im Sinne haben, in nächster Zeit Einheitsprämien für ihre Mitglieder einzuführen. Eine Einheitsprämie bedeutet tiefere Prämien für die älteren und höhere Prämien für die jüngeren Versicherten.

Nach der Fassung, die wir das letzte Mal gutgeheissen haben, wird der Mitgliederbeitrag auf der Stufe der untersten Versichertenkategorie festgelegt; das hat keinen Sinn mehr, wenn es einen Einheitsbeitrag gibt. Es muss also für das Uebergangsjahr für jene Kantone, die die Einheitsprämie einführen, eine Spezialregelung geschaffen werden. In den folgenden Jahren verhält es sich dann wie bei allen anderen Kantonen auch, in dem einfach die unterste Erwachsenenaltersgruppe die durchschnittliche ist.

Angenommen – Adopté

Art. 7 Abs. 2 Bst. 1, Abs. 3

Antrag der Kommission

Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Minderheit

(Schoch, Beerli, Schiesser, Schüle, Seiler Bernhard)

Festhalten

Art. 7 al. 2 let. 1, al. 3

Proposition de la commission.

Majorité

Adhérer à la décision du Conseil national

Minorité

(Schoch, Beerli, Schiesser, Schüle, Seiler Bernhard)

Maintenir

Frau Simmen, Berichterstatterin: Hier handelt es sich noch einmal um einen Kardinalpunkt dieser Vorlage, nämlich um die Frage, ob die Kassen Arzneimittel auch über die Spezialitätenliste, also über die verbindliche Liste, hinaus übernehmen dürfen oder nicht.

Der Nationalrat hat Absatz 3, die Verpflichtung der Kasse auf Einhaltung der Arzneimittelliste, gestrichen. Er tat dies haupt-

sächlich, damit auch die komplementären und besonders die homöopathischen Medikamente, die heute nicht auf der Liste stehen, nicht a priori von einer Uebernahme ausgeschlossen sind.

Anstelle des gestrichenen Absatzes 3 fügte der Nationalrat eine Litera f zu Absatz 2 hinzu, wo die Medikamente neu aufgeführt sind, und stellt es somit den Krankenkassen anheim, ob und in welchem Ausmass sie über die Spezialitätenliste hinaus Arzneimittel übernehmen wollen und welche das allenfalls wären. Das entspricht bereits heutiger Praxis, wo viele Krankenkassen von ihrer früheren largen Praxis Abstand nehmen und nicht mehr unbesehen alle Arzneimittel bezahlen.

In diesem Sinne ist es eine Rückgabe der Verantwortung an die Krankenkassen, wenn Sie so wollen, und es ist auch ein Entgegenkommen an die Patienten, indem von den Krankenkassen gewisse, vor allem alternative Medikamente wieder übernommen werden können.

Die Kommission empfiehlt Ihnen, auf den Nationalrat einzuschwenken, allerdings nur mit der knappsten aller Mehrheiten; wir vermeiden so aber eine Differenz.

Wenn ich Herrn Bundesrat Cotti hier noch kurz zitieren darf: Im Vergleich mit den Artikeln 1 und 3 gehört eben auch Artikel 7 in dieses Gesamtpaket – in den, wie ich glaube, gelungenen Versuch, die Lasten so gerecht wie nur irgendwie möglich zu verteilen, indem dieser Artikel 7 Absatz 2, wie er jetzt vorliegt, einer Entlastung der Patienten gleichkommt.

Die Kommissionmehrheit empfiehlt Ihnen, zur Vermeidung einer Differenz auf den Nationalrat einzuschwenken.

Frau Beerli, Sprecherin der Minderheit: Wenn man gestern und heute in der Presse lesen konnte, der Ständerat habe sich ärztefreundlich und der Nationalrat patientenfreundlich entschieden, dann glaube ich, dass diese Einschätzung nicht der Tatsache entspricht. Es geht ja nicht darum, Geschenke zu machen, zu strafen oder zu loben, es geht nicht darum, patientenfreundlich oder ärztefreundlich zu sein, sondern es geht darum, in der Zeit, bis wir das revidierte Krankenversicherungsgesetz in Kraft setzen können, die starke Kostensteigerung in den Griff zu bekommen.

Ich habe es schon einmal gesagt: Kosten sind Menge mal Preis. Wenn wir jetzt einzig und allein die Preise, die Tarife beschränken, tun wir genau dasselbe, wie wenn wir bei einem Dampfkessel die rote Warnlampe herausschrauben würden. Der Knall der Explosion des Kessels wird uns wecken.

Wir dürfen nicht einzig und allein Massnahmen im Preis- und Tarifbereich treffen, wir müssen auch auf die Menge Einfluss nehmen. Genau dies möchten wir mit diesem Minderheitsantrag tun. Er richtet sich nicht, wie fälschlicherweise in den Antrag hineininterpretiert wird, gegen die alternative Medizin. Es stehen Heilmittel der alternativen Medizin auf der Spezialitätenliste; das Ziel wäre, vermehrt bewährte Mittel der alternativen Medizin auf diese Liste zu nehmen, aber nicht einfach ausserhalb dieser Liste alles zu bezahlen.

Ich will Ihnen ein paar Beispiele geben. Was unserer Meinung nach nicht unbedingt bezahlt werden sollte, sind Mittel, die eher in den Bereich der Drogerieartikel gehen, wie Shampoos, Seifen, Körpermilch usw.; das alles sind Dinge, die bisher zum Teil übernommen wurden. Die Vertreter der Krankenkassen haben uns anlässlich der Hearings gesagt, dass sie sich heute schon freiwillig bemühen, sich auf die Spezialitätenliste zu beschränken, dass sie aber froh wären, wenn sie von seiten des Parlaments eine Rückenstärkung bekämen, damit nicht immer wieder die eine oder andere Kasse aus Gründen der Konkurrenz ausscheren kann.

Ich bitte Sie daher, den Antrag der Minderheit zu unterstützen.

Huber: Ich habe als Kommissionspräsident den Minderheitsantrag erst heute morgen in seiner gesamten Fülle zu sehen bekommen; er ist offenbar in der allgemeinen Aufbruchsstimmung untergegangen.

Ich stelle fest, dass dieser Minderheitsantrag nicht im Rahmen des Konzeptes liegt, das die Mehrheit, die sich bei den Artikeln 1 und 3 durchgesetzt hat, vorsieht, sondern dass eine Zustimmung zur Minderheit die Vorlage als Ganzes aus dem Lot

bringen würde. Darum bitte ich Sie entschieden, hier der Mehrheit zuzustimmen.

Frau Beerli hat die Argumente der Minderheit dargelegt. Es gibt in der Tat absolut vertretbare Argumente, die für diese Lösung angeführt werden können. Sie sind jedoch in der Gesamtbetrachtung dieses Beschlusses nicht zu berücksichtigen, sondern sie sind zurückzustufen.

Wenn man sich eine Uebergangslösung vornimmt, muss diese Uebergangslösung in sich eine Ausgewogenheit, eine gleichmässige Belastung beinhalten. Wenn Sie hier nun der Minderheit zustimmen würden, würden Sie meines Erachtens, um es nochmals zu sagen, die Gewichte wieder verschieben. Das Legiferieren im Bereich der Krankenversicherung ist in der Tat ein ganz subtiles Austarieren und nicht irgendein Hin- und Herschieben von schweren Karren. Wie Frau Beerli zu Recht gesagt hat, haben die Krankenkassen mit der Begründung, auch hier ein Signal zu geben, beschlossen, die Lösung gemäss Absatz 3 selber durchzuführen.

Es entspricht meinem Verständnis des Subsidiaritätsprinzips, dass sich der Gesetzgeber enthalten soll, wenn ein gleichlautender Verbandsbeschluss vorliegt. Das darf man mit guten Gründen sagen und den Rückgriff auf dieses Argument in die Debatte einfügen. Schliesslich hat Frau Beerli einige nette Beispiele aus dem Bereich des Sortimentes aufgeführt. Frau Beerli, wir sind uns einig: Dieses Sortiment kommt nur dann und insoweit zum Tragen, als der behandelnde Arzt diese Medikamente anordnet. Es ist ja nicht ein Selbstbedienungsladen, wo man hinget und die Seife nimmt, sondern der Arzt ist zum Schluss gekommen, dass die medizinische Indikation für diese Seife spricht und dass sie für die Behandlung notwendig ist; dann verschreibt er sie. Im übrigen habe ich gelernt, mich in diesen Fragen einer grossen Zurückhaltung zu befleissigen, was auf diese Liste soll und was nicht. Auch das sind Unwägbarkeiten.

Persaldo bitte ich Sie, der Mehrheit – auch wenn es die knappste aller möglichen ist: es ist eine – zu folgen und nicht in den letzten Stunden dieser Session neue Konfusion zu schaffen.

Plattner: Ich will die Sitzung nicht unnötig verlängern. Ich habe schon bei der letzten Lesung den Antrag gestellt, Absatz 3 in Artikel 7 zu streichen. Ich will Ihnen die Gründe nicht noch einmal darlegen, die meiner Meinung nach dafür sprechen. Ich möchte Sie aber daran erinnern, dass nach Ansicht der Aerzte und der Krankenkassen die Verwendung von alternativen, ergänzenden, unter anderem homöopathischen Heilmitteln nicht notwendigerweise zu einer Kostensteigerung führt, sondern – nach Texten, die ich Ihnen vorgelesen habe – sogar zu beträchtlichen Einsparungsmöglichkeiten, weil eben diese nicht von der gängigen Pharmaindustrie hergestellten Heilmittel billiger und die Methoden der Behandlung sanfter sind, somit vom Patienten auch besser vertragen werden und weniger flankierende Eingriffe erfordern.

Da ich sie für falsch halte, wehre ich mich gegen die Behauptung, dass das Erweitern der Liste auf alle Möglichkeiten, die der Arzt in seiner Therapie hat, eine Mengenausweitung mit sich bringe. Irgendein Mittel wird der Arzt ja sowieso geben, wenn er eine Krankheit diagnostiziert; wenn er sich auf die Medikamente auf der Liste beschränken muss, wird er eines von der Liste nehmen; wenn er auch andere nehmen kann, wird er ein anderes nehmen. Es geht nicht um eine Erweiterung, sondern nur um eine Alternative.

Der wesentliche sachliche Punkt ist der, dass die Liste heute aufgrund ihrer Entstehungsgeschichte einseitig zusammengesetzt ist. Wenn Sie die Grundversicherung auf diese Liste beschränken, schliessen Sie einseitig und schwergewichtig eine ganze Klasse von Medikamenten aus, und zwar sind das Medikamente, die wirklich auch von den Aerzten verschrieben werden.

Vor mir liegt eine Medienorientierung der Baselbieter Aerzte aus dem Jahre 1990. Darin steht, dass nicht nur 26 Prozent der praktizierenden Aerzte solche Therapien als Ergänzung zur Schulmedizin anwenden, sondern dass zusätzlich auch jene, die das selber nicht können, viele ihrer Patienten an alternativ ausgebildete Kollegen überweisen: Es gibt bis zu 60 Prozent von Ueberweisungen für bestimmte alternative Heilmethoden.

Sie sehen also, nicht nur die Patienten selber – über 80 Prozent der Schweizer Bevölkerung – wünschen, dass die alternativen Methoden in die Versicherung eingeschlossen seien, auch die Aerzte brauchen diese Medikamente. Von der Sache her wäre es sicher nicht richtig, diesen Absatz 3 stehenzulassen.

Dann – Herr Huber hat das Ihnen auch deutlich gesagt – halte ich es wirklich für eine Frage des Gleichgewichtes dieser Vorlage. Sie haben bei Artikel 3 den Versicherten Kosten von 100 Millionen Franken auferlegt; es ist eine reine Kostenverlagerung, das hat Bundesrat Cotti ausgeführt. Er glaubt nicht, und ich glaube es auch nicht, dass dadurch gespart wird; es ist eine Kostenverlagerung.

Ich bitte Sie, Entgegenkommen zu zeigen, die Vorlage im Lot zu halten und bei diesem Artikel den Patienten nicht noch mehr vor den Kopf zu stossen, sondern eben die Vorlage im Lot zu halten.

Folgen Sie der Mehrheit, und streichen Sie Artikel 7 Absatz 3!

Schoch: Frau Beerli hat alles gesagt, was zur Begründung des Minderheitsantrages vorgebracht werden musste. Aber Herr Huber, Herr Plattner – vor allem die Ausführungen von Herrn Huber – veranlassen mich jetzt doch, hier nochmals etwas klarzustellen. Herr Huber hat das Schwergewicht seines Votums darauf gelegt, dass die Zustimmung zur Minderheit bei Artikel 7 Absatz 3 das ganze Paket «aus dem Lot bringen würde». Seine Stichworte waren Ausgewogenheit – zur Ausgewogenheit würde dieser Absatz 3 nicht passen – und man würde Gewichte verschieben, wenn man Artikel 3 stehenlassen würde.

Ich möchte mit allem Nachdruck festhalten, dass die Kommission bei ihrer ersten Beratungsrunde Absatz 3 in Artikel 7 unisono und oppositionslos beschlossen hatte und dass damals die Kommission einhellig der Auffassung war, gerade Absatz 3 in Artikel 7 gehöre zur Ausgewogenheit der Vorlage. Es wird jetzt mit 180 Grad umgedrehten Argumenten gefochten, wenn geltend gemacht wird, das gehöre nicht dazu und störe die Ausgewogenheit. Das widerspricht dem, was die Kommission in der ersten Runde verhandelt und beschlossen hat. Ich bitte Sie deshalb, der Minderheit zuzustimmen.

Bundesrat Cotti: Ich kann mich sehr kurz fassen: Wir haben schon letztes Mal signalisiert, dass die Anwendung von Artikel 7 Absatz 3 im schlimmsten Falle mit einer zusätzlichen Belastung der Patienten von 150 Millionen Franken verbunden wäre. Deshalb ist es ohne Zweifel richtig zu behaupten, dass Sie hier – nachdem Sie Artikel 3 jetzt beibehalten wollen – eine zusätzliche Massnahme treffen würden, die das Gleichgewicht der Vorlage noch mehr gefährden würde.

Deshalb wäre es wirklich – im Sinne dessen, was zur Wahrung des Gleichgewichtes gesagt wurde – ratsam, wenn Sie der Mehrheit zustimmen könnten.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	22 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	17 Stimmen

Art. 8a (neu)

Antrag der Kommission
Streichen

Antrag Uhlmann

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 8a (nouveau)

Proposition de la commission
Biffer

Proposition Uhlmann

Adhérer à la décision du Conseil national

Frau Simmen, Berichterstatterin: Der Nationalrat hat nun einen Artikel 8a, Kontrolle, eingeführt. Und zwar geht es um die Kontrolle der ökonomischen Arbeitsweise der Leistungserbringer.

Das Anliegen der Kontrolle ist bekannt; und es ist auch unbestritten. So sieht die Totalrevisionsvorlage eine entsprechende Bestimmung vor. Allerdings heisst sie dort richtigerweise Qualitätskontrolle. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass die Kontrolle breiter als nur unter dem Gesichtswinkel der Ökonomie betrachtet werden muss und alle Beteiligten zu erfassen hat. Die Revision fordert vor allem eine vermehrte Selbstkontrolle der betroffenen Parteien.

Die Qualitätskontrolle ist eine weitreichende Aufgabe und daher für eine Einführung im Schnellverfahren via befristete Massnahmen denkbar ungeeignet. Mehr als völlig punktuelle – um nicht zu sagen: willkürliche – Abklärungen wären in den kommenden zwei Jahren gar nicht möglich.

Der Vorschlag ist auch insofern unausgegoren, als er zwei Parteien im Gesundheitswesen, nämlich die Krankenkassen und die Patientenorganisationen, zu Schiedsrichtern über eine dritte, die Leistungserbringer, macht. Das ist keine taugliche Art, diese schwierige Aufgabe anzugehen.

Die Kommission empfiehlt Ihnen deshalb, von diesem Vorhaben Abstand zu nehmen und dem Nationalrat nicht zu folgen.

Uhlmann: Ich gebe offen zu, dass ich kein Spezialist der Krankenversicherung bin. Ich bin nicht unglücklich darüber. Aber es gibt grundsätzliche Überlegungen, die durchaus auch im Gesundheitswesen Anwendung finden können und Anwendung finden sollen.

Wer heute nämlich als Unternehmer Verantwortung trägt, muss sich unter erschwerten Wettbewerbsbedingungen bewähren. In vielen Branchen drohen die Märkte abzubreckeln, und die Margen werden zunehmend enger. Die betriebliche Leistungsfähigkeit muss in der Bewährungsprobe bestehen. Landau, landab wird die ökonomische Arbeitsweise zum A und O des Ueberlebens; aber nicht immer – ich betone: nicht immer –, so offenbar nicht im Gesundheitswesen.

Wer gestern «10 vor 10» gesehen hat und heute die Presse liest, muss annehmen, dass die Ärzteschaft die auferlegten Sparmassnahmen mit Leistungsausweitungen kompensieren könnte. Ich betone ausdrücklich «könnte». Die Voraussetzungen dafür sind tatsächlich recht einfach. Auf diesem speziellen Markt entscheidet ja der Produzent über den Bedarf. Er stellt die Diagnose, beurteilt die Therapie und kontrolliert in eigener Regie das Ergebnis. Er ist gleichzeitig Produzent und Lieferant auf der Basis seiner eigenen Entscheidungen.

Sicher – das möchte ich ebenfalls deutlich sagen –, viele Aerzte leisten hervorragende und verantwortungsbewusste Arbeit. Aber wenn uns die Statistik zeigt, dass sich mit einer regionalen Verdoppelung der Aerztezahl die Leistungen vervielfachen, muss die medizinische Versorgung auf den Prüfstand. Wenn die Aufenthaltsdauer in gewissen Spitälern trotz Selbstbehalt nicht sinkt, müssen diese unter die Lupe genommen werden können. Und wenn einzelne Leistungserbringer geneigt sind, medizinische Ueberversorgung zu betreiben, sind diese speziell und gezielt zu erfassen.

Der Artikel 8a, wie ihn der Nationalrat – übrigens mit einem Stimmenverhältnis von 65 zu 25 Stimmen – eingefügt hat, ist eine konsequente Ergänzung zu den im Rahmen dieser Vorlage gefassten Beschlüssen. Noch wichtiger erscheint mir aber, dass Artikel 8a endlich Leitlinien für das wirtschaftliche Verhalten ermöglicht, wie es auch in anderen Wirtschaftsbereichen selbstverständlich ist.

Diese sogenannte Qualitätskontrolle wäre – das wurde auch von Frau Simmen gesagt – punktuell durchzuführen. Das ist ganz klar. Allein schon die Möglichkeit wird die Anbieter mindestens vor Ueberangeboten warnen.

Es kann doch nicht sein, dass wir jährlich Steuergelder im Betrage von 1,3 Milliarden Franken in eine Krankenversicherung stecken und kaum Anhaltspunkte haben, ob wirksam und wirtschaftlich «produziert» wird. Wir sollten diese Arbeitsweisen deshalb noch vor der allgemeinen Revision des Krankenversicherungsgesetzes etwas überprüfen lassen können. Die Ergebnisse werden nützliche Bausteine für die Revision liefern.

Ich beantrage Ihnen daher, dem Nationalrat zuzustimmen. Damit würden Sie nicht nur eine sinnvolle Ergänzung anbringen, sondern auch eine Differenz bereinigen.

Schoch: Ich muss mich entschuldigen, dass ich das Wort bereits wieder ergreife. Ich will Ihre Aufmerksamkeit nicht lange in Anspruch nehmen, aber es liegt mir daran, das zu unterstreichen, was Frau Simmen bereits vor dem Votum von Herrn Uhlmann vorgetragen hat. Ich kann mir wirklich nicht vorstellen, zu welchem anderen Ergebnis die Annahme dieses Artikels 8a führen könnte als zu einem riesigen administrativen Apparat, der nichts, aber auch gar nichts bringen würde.

Ich bitte Sie einfach, den Text zunächst einmal zu lesen: «Das Departement lässt verwaltungsunabhängig Abklärungen über die ökonomische Arbeitsweise der Leistungserbringer durchführen.» Schon dieser erste Satz zeigt, dass wir derartige Beschlüsse nicht fassen dürfen. Leistungserbringer sind Aerzte, Spitäler, Apotheker, Hebammen, Chiropraktoren und, und, und – Sie können das im Entwurf zum Gesetz nachlesen, den Sie ja zu Hause haben; eine ganze lange Litanei. Es ist undenkbar, die Arbeitsweise all dieser Leistungserbringer verwaltungsunabhängig zu kontrollieren. Natürlich wäre das für ein Beratungsbüro oder für eine Treuhandfirma mit beraterischen Funktionen ein wunderbarer Auftrag. Aber es darf doch nicht passieren, dass wir Geld zum Fenster hinauswerfen, ohne dass schlussendlich etwas dabei herauskommt! Und dass daraus nichts resultieren wird, das liegt auf der Hand.

Davon abgesehen gibt es eine Nationalfondsstudie über dieses Problem. Sie ist im Rahmen eines Forschungsprogramms des Nationalfonds mit Millionen finanziert worden und hat zu sehr interessanten, aber nicht zu Resultaten geführt, die konkret eine Verbilligung des Gesundheitswesens zur Folge haben könnten. Das ist von der Natur der Sache her ausgeschlossen. Und damit werden – auch das hat Frau Simmen gesagt; Frau Simmen hat effektiv schon alles gesagt, aber es muss einfach nochmals erwähnt werden – zwei Partner im Gesundheitswesen, nämlich die Krankenkassen und die Patientenorganisationen, zum Schiedsrichter über die Arbeitsweise eines dritten Partners, nämlich der Leistungserbringer, befördert. Das kann ja von vornherein nicht funktionieren und nicht spielen.

Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Leistungen einverstanden, aber nicht so; so ganz sicher nicht!

Ich bitte Sie deshalb dringend, den Antrag von Herrn Uhlmann abzulehnen.

Präsidentin: Wir haben gar nichts gegen Voten, Herr Schoch; wir sind ja schliesslich ein Parlament. Hier und da habe ich allerdings Angst, dass jemand an Logorrhöe erkranken könnte.

Bundesrat Cotti: Obwohl Sie nichts gegen Voten haben, gebe ich kein Votum ab.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission	28 Stimmen
Für den Antrag Uhlmann	6 Stimmen

An den Nationalrat – Au Conseil national

92.067

**Krankenversicherung. Massnahmen
gegen die Kostensteigerung 1993–1994.
Bundesbeschluss**

**Assurance-maladie. Mesures
contre l'augmentation des coûts 1993–1994.
Arrêté fédéral**

Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence

Siehe Seite 1039 hiavor – Voir page 1039 ci-devant
Beschluss des Nationalrates vom 8. Oktober 1992
Décision du Conseil national du 8 octobre 1992

Abstimmung – Vote

Für Annahme der Dringlichkeitsklausel	39 Stimmen
Dagegen	3 Stimmen

*Das qualifizierte Mehr ist erreicht
La majorité qualifiée est acquise*

An den Nationalrat – Au Conseil national

92.067

**Krankenversicherung. Massnahmen
gegen die Kostensteigerung 1993–1994.
Bundesbeschluss**

**Assurance-maladie. Mesures
contre l'augmentation des coûts 1993–1994.
Arrêté fédéral**

Siehe Seite 1069 hiavor – Voir page 1069 ci-devant
Beschluss des Nationalrates vom 9. Oktober 1992
Décision du Conseil national du 9 octobre 1992

Schlussabstimmung – Vote final

Für Annahme des Entwurfes	30 Stimmen
Dagegen	4 Stimmen

An den Nationalrat – Au Conseil national

Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung

vom 9. Oktober 1992

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
gestützt auf Artikel 34^{bis} der Bundesverfassung,
nach Einsicht in eine Botschaft des Bundesrates vom 19. August 1992¹⁾,
beschliesst:*

Art. 1 Tarife und Preise im ambulanten Bereich

¹ Die Tarife und Preise für Leistungen der Krankenversicherung im ambulanten Bereich werden für das Jahr 1993 auf der am 30. Juni 1992 geltenden Höhe begrenzt. Für die Spezialitätenliste der zur Rezeptur für die Krankenkassen empfohlenen pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel gilt der 15. September 1992 als Stichdatum.

² Wurde der Taxpunktwert in den Jahren 1990–1992 nicht angepasst und ist nachgewiesen, dass die Behandlungskosten je versicherte Person und Jahr bei den betreffenden Leistungserbringern gleichzeitig um nicht mehr als den Landesindex der Konsumentenpreise plus ein Drittel angestiegen sind, so gestattet der Bundesrat für 1993 in Abweichung von Absatz 1 bei diesen Leistungserbringern eine Erhöhung des Taxpunktwertes. Der Taxpunktwert darf jedoch nur so weit erhöht werden, dass der Anstieg der Behandlungskosten je versicherte Person voraussichtlich höchstens einen Drittel über dem Anstieg des Landesindex der Konsumentenpreise im Jahre 1993 liegt.

³ Liegt der Anstieg der durchschnittlichen Behandlungskosten je versicherte Person im Jahr 1992 nicht mehr als einen Drittel über dem Anstieg des Landesindex der Konsumentenpreise, so gestattet der Bundesrat für 1994 eine Erhöhung der Tarife und Preise. Diese dürfen jedoch nur so weit erhöht werden, dass der Anstieg der durchschnittlichen Behandlungskosten je versicherte Person voraussichtlich höchstens einen Drittel über dem Anstieg des Landesindex der Konsumentenpreise im Jahr 1994 liegt.

⁴ Vereinbaren Krankenkassen und Leistungserbringer während der Geltungsdauer dieses Beschlusses auf überkantonaler Ebene erstmals einen Tarifvertrag, so ist dieser Beschluss nicht anwendbar. Spätere Tariferhöhungen richten sich nach Absatz 1.

SR 832.111

¹⁾ BBl 1992 V 933

Art. 2 Tarife und Preise im stationären Bereich

Die Tarife und Preise für Leistungen der Krankenversicherung im stationären Bereich dürfen nur so weit erhöht werden, dass der Anstieg nicht über der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung liegt. Der Personalaufwand wird nach dem vom Bundesamt für Industrie, Gewerbe und Arbeit ermittelten Lohnindex, der Sachaufwand nach dem Landesindex der Konsumentenpreise indexiert. Die Leistungserbringer weisen die Aufteilung in Personal- und Sachkosten anhand buchhalterischer Angaben nach.

Art. 3 Kostenbeteiligung im Spital

¹ In Abweichung von Artikel 14^{bis}, Absatz 2, Buchstabe a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KUVG)¹⁾ wird die Franchise auch beim Aufenthalt in einer Heilanstalt erhoben. An die Stelle des Selbstbehaltes tritt ein Beitrag an die Behandlungskosten von 10 Franken pro Aufenthaltstag.

² Für die Kostenbeteiligung bei ambulanter und bei stationärer Behandlung gilt insgesamt ein Höchstbetrag von 500 Franken pro Jahr.

³ Keine Kostenbeteiligung zu entrichten haben bei stationärer Behandlung:

- a. Kinder,
- b. Personen, die sich länger als 180 Tage in einer Heilanstalt aufhalten;
- c. Frauen für Leistungen bei der Mutterschaft.

Art. 4 Prämiengleichheit für Männer und Frauen

Die Krankenkassen dürfen die Mitgliederbeiträge nicht nach dem Geschlecht der Versicherten abstufen.

Art. 5 Erhöhung der Mitgliederbeiträge

¹ Die Krankenkassen dürfen die Mitgliederbeiträge in der Einzelversicherung der Krankenpflege-Grundversicherung nur bis zu einem nach Artikel 6 festgelegten Höchstbetrag erhöhen. Die Krankenpflege-Grundversicherung umfasst die gesetzlichen Leistungen sowie die Leistungen, die nach den Bestimmungen der Kasse zusammen mit den gesetzlichen Leistungen versichert werden müssen.

² Das Eidgenössische Departement des Innern (Departement) gestattet einer Krankenkasse, die Mitgliederbeiträge über den Höchstbetrag anzuheben, wenn diese nachweist, dass:

- a. ihre Reserve (Sicherheitsfonds und Schwankungszuschlag) sonst unter das gesetzliche Minimum sinken würde und
- b. die Beiträge in Versicherungszweigen, die von diesem Beschluss nicht erfasst werden, genügend hoch sind, um in jenen Versicherungszweigen die Kosten zu decken und die nötigen Reserven zu bilden.

¹⁾ SR 832.10

Art. 6 Höchstbetrag

¹ Das Departement legt für jeden Kanton einen Höchstbetrag für den Mitgliederbeitrag fest. Es errechnet den Höchstbetrag aus:

- a. dem durchschnittlichen Mitgliederbeitrag des Vorjahrs für die Grundversicherung in der untersten Erwachsenenaltersgruppe;
- b. einem Zuschlag im Ausmass des Anstieges des Landesindexes der Konsumentenpreise des Vorjahres, erhöht um vier Fünftel.

² Das Departement ermittelt den durchschnittlichen Mitgliederbeitrag aus dem gewogenen Mittel der Mitgliederbeiträge von Krankenkassen, die zusammen in der Regel mindestens zwei Drittel der Versicherten pro Kanton umfassen. Stufen die Krankenkassen die Mitgliederbeiträge innerhalb eines Kantons nach örtlichen Kostenunterschieden ab, so wird der höchste Mitgliederbeitrag berücksichtigt. Verpflichtet ein Kanton während der Geltungsdauer dieses Beschlusses die Krankenkassen zur Einführung eines einheitlichen Mitgliederbeitrages für Erwachsene, so ist der Höchstbetrag entsprechend höher anzusetzen.

³ Der Höchstbetrag gilt für die Mitgliederbeiträge der untersten Erwachsenenaltersgruppe. Die Krankenkassen dürfen die Mitgliederbeiträge der anderen Versicherten nur bis zu dem Betrag erhöhen, der sich aus dem Höchstbetrag bei Berücksichtigung der gesetzlich zulässigen Abstufungen für Kinder sowie nach dem Eintrittsalter ergibt.

⁴ Krankenkassen, welche die Mitgliederbeiträge nach örtlichen Kostenunterschieden innerhalb eines Kantons abstufen, dürfen die Einteilung der Orte in die Tarifstufen nicht ändern. Bestehen zwei Risikostufen, so müssen die Mitgliederbeiträge in der unteren Stufe mindestens fünf Prozent unter jenen der höheren Stufe angesetzt werden. Bestehen drei Risikostufen, so müssen die Mitgliederbeiträge in der untersten Stufe mindestens zehn und in der mittleren Stufe mindestens fünf Prozent unter jenen der höchsten Stufe angesetzt werden. Bestehen in dem für das Jahr 1992 gültigen Prämientarif geringere Abstufungen, so dürfen diese beibehalten werden.

⁵ Übersteigen bei einer Krankenkasse die Mitgliederbeiträge des Vorjahres die Höchstbeträge nach den Absätzen 1-4, so dürfen keine Erhöhungen vorgenommen werden.

Art. 7 Versicherungsleistungen

¹ Die Krankenkassen dürfen in der Krankenpflege-Grundversicherung nur die Pflichtleistungen nach den Artikeln 12-14 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung¹⁾ übernehmen.

² Sie dürfen ihre Leistungen in der Krankenpflege-Grundversicherung in den folgenden Bereichen erweitern:

¹⁾ SR 832.10

- a. für Unfälle;
- b. für Pflege und Aufenthalt in einer Heilanstalt;
- c. für die von einem Arzt angeordnete Behandlung und Pflege zu Hause oder in einem Pflegeheim;
- d. für die in kantonalen Obligationen vorgesehenen Leistungen;
- e. für Leistungen im Ausland;
- f. für Arzneimittel.

Art. 8 Kantonale Planungen

Die Kantone sind im Rahmen ihrer Zuständigkeit verpflichtet, innerkantonale und interkantonale Planungen im Gesundheitswesen durchzuführen mit dem Ziel, die Koordination zwischen den Leistungserbringern zu verbessern, die Ressourcen optimal zu nutzen und die Kosten einzudämmen. Private Trägerschaften sind angemessen in die Planung einzubeziehen. Die Kantone bringen ihre Planungen dem Departement zur Kenntnis.

Art. 9 Schlussbestimmungen

¹ Dieser Beschluss ist allgemeinverbindlich.

² Er wird nach Artikel 89^{bis} Absatz 1 der Bundesverfassung als dringlich erklärt und tritt am 1. Januar 1993 in Kraft.

³ Er untersteht nach Artikel 89^{bis} Absatz 2 der Bundesverfassung dem fakultativen Referendum und gilt bis zum Inkrafttreten des revidierten Bundesgesetzes über die Krankenversicherung¹⁾, längstens jedoch bis zum 31. Dezember 1994.

Ständerat, 9. Oktober 1992
Die Präsidentin: Meier Josi
Der Sekretär: Lanz

Nationalrat, 9. Oktober 1992
Der Präsident: Nebiker
Der Protokollführer: Anliker

Arrêté fédéral sur des mesures temporaires contre le renchérissement de l'assurance-maladie

du 9 octobre 1992

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu l'article 34^{bis} de la constitution;
vu le message du Conseil fédéral du 19 août 1992¹⁾,
arrête:

Article premier Tarifs et prix dans le domaine ambulatoire

¹ Les tarifs et les prix applicables aux prestations de l'assurance-maladie dans le domaine ambulatoire sont limités pour 1993 au niveau des tarifs et des prix en vigueur le 30 juin 1992. Pour la liste des spécialités pharmaceutiques et des médicaments confectionnés admis pour la prescription dont la prise en charge est recommandée aux caisses-maladie, la date de référence est le 15 septembre 1992.

² Lorsque la valeur du point n'a pas été adaptée lors des années 1990 à 1992 et qu'il est établi que durant cette période l'augmentation des coûts de traitement, par assuré et par année, de certains fournisseurs de prestations, n'a pas dépassé de plus d'un tiers celle de l'indice suisse des prix à la consommation, le Conseil fédéral autorisera pour 1993, en dérogation au 1^{er} alinéa, une augmentation de la valeur du point pour les fournisseurs concernés. La valeur du point ne pourra cependant être augmentée que dans la mesure où l'augmentation des frais de traitement par assuré ne dépassera probablement pas de plus d'un tiers, pour 1993, l'augmentation de l'indice suisse des prix à la consommation.

³ Si, en 1992, l'augmentation des frais moyens de traitement par assuré ne dépasse pas de plus d'un tiers celle de l'indice suisse des prix à la consommation, le Conseil fédéral autorisera pour 1994 une augmentation des tarifs et des prix. Ceux-ci ne pourront cependant être augmentés que dans la mesure où l'augmentation des frais moyens de traitement par assuré ne dépassera probablement pas de plus d'un tiers, pour 1994, l'augmentation de l'indice suisse des prix à la consommation.

⁴ Lorsque des caisses-maladie et des fournisseurs de prestations concluent, pendant la durée de validité de cet arrêté, pour la première fois une convention tarifaire sur le plan intercantonal, le présent arrêté n'est pas applicable. Les augmentations tarifaires subséquentes se calculent selon le 1^{er} alinéa.

RS 832.111

¹⁾ FF 1992 V 885

Art. 2 Tarifs et prix dans le domaine hospitalier

Les tarifs et les prix applicables aux prestations de l'assurance-maladie dans le domaine hospitalier ne peuvent être augmentés que dans la mesure où l'augmentation ne dépasse pas l'évolution générale des prix et des salaires. Les frais de personnel seront indexés d'après l'indice des salaires établi par l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail, les frais de matériel d'après l'indice suisse des prix à la consommation. Les fournisseurs de prestations justifient par des documents comptables la part des frais de personnel et celle des frais de matériel.

Art. 3 Participation aux coûts à l'hôpital

¹ En dérogation à l'article 14^{bis}, 2^e alinéa, lettre a, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMA)¹⁾, la franchise sera aussi exigée en cas de séjour dans un établissement hospitalier. La quote-part est remplacée par une contribution aux frais de traitement de 10 francs par journée d'hospitalisation.

² La participation aux coûts pour les traitements ambulatoires et hospitaliers est limitée à un montant total maximum de 500 francs.

³ Aucune participation aux coûts n'est exigée, pour les traitement hospitaliers fournis à:

- a. des enfants;
- b. des personnes qui séjournent plus de 180 jours dans un hôpital;
- c. des femmes requérant des prestations liées à la maternité.

Art. 4 Egalité des cotisations entre hommes et femmes

Les caisses ne sont pas autorisées à échelonner les cotisations en fonction du sexe.

Art. 5 Augmentation des cotisations

¹ Dans l'assurance individuelle de base des soins médicaux et pharmaceutiques, les caisses-maladie ne peuvent augmenter la cotisation au-delà de la cotisation maximale fixée en application de l'article 6. Cette assurance comprend les prestations légales et les autres prestations que les membres sont tenus d'assurer conjointement avec celles-ci, en vertu des dispositions internes des caisses.

² Le Département fédéral de l'intérieur (département) autorise une caisse à fixer la cotisation au-dessus de la cotisation maximale si elle établit que:

- a. sa réserve de sécurité (fonds de sécurité et taux de fluctuation) s'abaisserait probablement en-dessous du minimum légal et
- b. les cotisations des assurances non régies par le présent arrêté suffisent à couvrir les coûts de ces branches d'assurance et permettent la constitution des réserves nécessaires.

¹⁾ RS 832.10

Art. 6 Montant maximum

¹ Le département fixe, par canton, un montant maximum pour les cotisations. Il calcule le montant maximum à partir:

- a. de la cotisation moyenne de l'année précédente perçue pour l'assurance de base du premier groupe d'âge de la catégorie des adultes;
- b. d'un supplément correspondant à l'augmentation de l'indice des prix à la consommation de l'année précédente, majorée des quatre cinquièmes.

² Le département établit la cotisation moyenne sur la base de la moyenne pondérée des cotisations perçues par les caisses-maladie qui regroupent, en principe, les deux tiers au moins des assurés du canton. Pour les caisses qui échelonnent les cotisations selon les conditions locales, la cotisation la plus élevée est prise en considération. Lorsqu'un canton, pendant la durée de validité de cet arrêté, charge les caisses d'introduire une cotisation unique pour les adultes, le montant maximum est augmenté en conséquence.

³ Le montant maximum s'applique à la cotisation du premier groupe d'âge de la catégorie des adultes. Les caisses-maladie ne peuvent augmenter les cotisations des autres assurés que jusqu'au montant correspondant au montant maximum, compte tenu des échelonnements légalement admis pour les enfants ainsi que selon l'âge d'entrée.

⁴ Les caisses qui échelonnent les cotisations en fonction des différences de frais dues aux conditions locales à l'intérieur d'un canton ne peuvent modifier la répartition des localités dans les différentes zones tarifaires. Lorsqu'il existe deux zones tarifaires, le montant de la cotisation la plus basse doit être d'au moins 5 pour cent inférieur à celui de la cotisation la plus haute. Lorsqu'il existe trois zones tarifaires, le montant de la cotisation la plus basse doit être d'au moins 10 pour cent inférieur à celui de la cotisation la plus haute et d'au moins 5 pour cent inférieur à la cotisation de la zone intermédiaire. Lorsque le tarif des cotisations en vigueur en 1992 prévoit des échelonnements plus rapprochés, ceux-ci peuvent être maintenus.

⁵ Lorsque les cotisations de l'année précédente sont supérieures au montant maximum selon les 1^{er} à 4^e alinéas, aucune augmentation n'est autorisée.

Art. 7 Prestations assurées

¹ Les caisses-maladie doivent prendre en charge, au titre de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques-assurance de base, uniquement les prestations prévues aux articles 12 à 14 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie¹⁾.

² Elles peuvent, au titre de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques-assurance de base, étendre leurs prestations aux situations suivantes:

- a. les accidents;
- b. les soins et le séjour dans un établissement hospitalier;

¹⁾ RS 832.10

- c. le traitement et les soins, prescrits par un médecin, au domicile du patient ou dans un établissement médico-social;
- d. les prestations obligatoires prévues par les lois cantonales;
- e. les prestations effectuées à l'étranger;
- f. les médicaments.

Art. 8 Planifications cantonales

Les cantons sont chargés, dans le cadre de leurs compétences, d'établir, dans le domaine de la santé publique, une planification cantonale ainsi qu'une planification intercantonale dont le but est d'améliorer la coordination entre les fournisseurs de prestations, d'utiliser les ressources de façon optimale et de réduire les coûts. Les organismes privés doivent être pris en considération de manière adéquate. Les cantons informent le département de leurs planifications.

Art. 9 Dispositions finales

¹ Le présent arrêté est de portée générale.

² Il est déclaré urgent, au sens de l'article 89^{bis}, 1^{er} alinéa, de la constitution et entre en vigueur le 1^{er} janvier 1993.

³ Il est sujet au référendum facultatif conformément à l'article 89^{bis}, 2^e alinéa, de la constitution. Sa durée de validité s'étend jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi fédérale révisée sur l'assurance-maladie¹⁾, mais au plus tard jusqu'au 31 décembre 1994.

Conseil des Etats, 9 octobre 1992

La présidente: Meier Josi

Le secrétaire: Lanz

Conseil national, 9 octobre 1992

Le président: Nebiker

Le secrétaire: Anliker