

# DELIB

**Verhandlungsheft**

Krankenkasseninitiative

---

**Cahier  
des délibérations**

Initiative des caisses-maladie

---

**Quaderno  
delle deliberazioni**

Iniziativa delle casse malati

---

.88.014

---

Parlamentsdienste  
Services du Parlement  
Servizi del Parlamento

**Verantwortlich für diese Ausgabe**

Parlamentsdienste  
Dokumentationszentrale  
Ernst Frischknecht  
031/ 61 97 31

**Responsable de cette édition**

Services du Parlement  
Centrale de documentation  
Ernst Frischknecht  
031/ 61 97 31

**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

**Inhaltsverzeichnis**

**Seiten**

**Deckblatt**

1	Uebersicht über die Verhandlungen	I	rot
2	Rednerlisten	III	rot
3	<u>Verhandlungen der Räte</u>		
	<b>Nationalrat</b>		
	13.12.1989	2113	grün
	23.03.1990	757	
	<b>Ständerat</b>		
	14.12.1988	892	gelb
	15.03.1990	172	
	23.03.1990	177	
4	Bundesbeschluss vom 23. März 1990 (mit Wortlaut der Initiative)		

**Table des Matières**

**Pages**

**Couverture**

1	Résumé des délibérations	I	rouge
2	Listes des orateurs	III	rouge
3	<u>Débats dans les conseils</u>		
	<b>Conseil national</b>		
	13.12.1989	2113	verte
	23.03.1990	757	
	<b>Conseil des Etats</b>		
	14.12.1988	892	jaune
	15.03.1990	172	
	23.03.1990	177	
4	Arrêté fédéral du 23 mars 1990 (avec texte de l'initiative)		

# 1. Uebersicht über die Verhandlungen

## Résumé des délibérations

---

### 136/88.014 s Finanziell tragbare Krankenversicherung. Volksinitiative

Botschaft und Beschlussesentwurf vom 24. Februar 1988 (BBI II, 247) über die Volksinitiative «für eine finanziell tragbare Krankenversicherung (Krankenkasseninitiative)».

**N** *Kommission für soziale Sicherheit, erweitert durch:* Aubry, Basler, Früh, Reimann Fritz, Rychen, Segmüller

**S** *Huber, Béguin, Bühler, Cavelti, Delalay, Gautier, Hänsenberger, Meier Josi, Miville, Schoch, Seiler, Simmen, Weber* (13)

Bericht der Kommission des Ständerates über einen Gegenentwurf auf Gesetzesstufe (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung), vom 17. Oktober 1988 (BBI III, 1323)

**A.** *Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für eine finanziell tragbare Krankenversicherung (Krankenkasseninitiative)»*

Bundesblatt 1990 I, 1594

**B.** *Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Entwurf der Kommission des Ständerates vom 17. Oktober 1988)*

1988 14. Dezember. Beschluss des Ständerates abweichend vom Entwurf der Kommission.

1989 13. Dezember: Der Nationalrat beschliesst, die Beratungen über den indirekten Gegenentwurf des Ständerates bis zum Vorliegen der Arbeiten der Expertenkommission Schoch zu sistieren.

1990 15. März. Beschluss des Ständerates: Zustimmung.

**C.** *Bundesbeschluss zur befristeten Anhebung der Subventionen an die Krankenkassen*

Bundesblatt 1990 I, 1610

### 136/88.014 é Initiative des caisses-maladie

Message et projet d'arrêté du 24 février 1988 (FF II, 256) concernant l'initiative populaire «pour une assurance-maladie financièrement supportable (initiative des caisses-maladie)».

**N** *Commission de la sécurité sociale, élargie par:*

Aubry, Basler, Früh, Reimann Fritz, Rychen, Segmüller

**E** *Huber, Béguin, Bühler, Cavelti, Delalay, Gautier, Hänsenberger, Meier Josi, Miville, Schoch, Seiler, Simmen, Weber* (13)

Rapport de la commission du Conseil des Etats sur un contre-projet au niveau législatif (modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie), du 17 octobre 1988 (FF III, 1262)

**A.** *Arrêté fédéral sur l'initiative populaire «pour une assurance-maladie financièrement supportable (initiative des caisses-maladie)»*

Feuille fédérale 1990 I, 1515

**B.** *Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Projet de la commission du Conseil des Etats, du 17 octobre 1988)*

1988 14 décembre. Décision du Conseil des Etats modifiant le projet de la commission.

1989 13 décembre: Le Conseil national décide de suspendre les délibérations relatives au contre-projet indirect du Conseil des Etats jusqu'à la présentation des travaux de la Commission d'experts Schoch.

1990 15 mars. Décision du Conseil des Etats: Adhésion.

**C.** *Arrêté fédéral relatif à l'augmentation temporaire des subventions aux caisses-maladie (Projet de la commission du Conseil national, du 7 septembre 1989)*

Feuille fédérale 1990 I, 1531

## 2. Rednerliste - Liste des orateurs

---

### 2.1 Nationalrat - Conseil national

Basler (V/ZH)	2117
Cotti (C/TI), Bundesrat	2125, 2130
Couchepin (R/VS), rapporteur:	2114, 2130
Fierz (G/BE)	2123
Früh (R/AR)	2116
Hafner Rudolf (G/BE)	2121
Haller (S/BE)	2117
Hildbrand (C/VS)	2119
Leutenegger Oberholzer (G/BL)	2122, 2129
Massy (L/VD)	2120
Müller-Aargau (U/AG), Berichterstatter:	2113, 2124, 2130
Pitteloud (S/VD)	2122
Reimann Fritz (S/BE)	2124
Rychen (V/BE)	2121
Segmüller (C/SG)	2124
Spälti (R/ZH)	2123
Stocker (G/ZH)	2119

### 2.2 Ständerat - Conseil des Etats

Béguin (R/NE)	900
Bührer (S/SH)	902
Cotti (C), Bundesrat	905, 925, 174
Danioth (C/UR)	902
Delalay (C,VS)	896
Gautier (L/GE)	899, 924, 173, 176
Hänsenberger (R/BE)	895, 907
Huber (C/AG), Berichterstatter:	892, 904, 908, 909, 910, 912, 915, 916, 917, 918, 920, 923, 924, 172, 175
Jagmetti (R/ZH)	908
Jelmini (C/TI)	903, 916
Meier Josi (C/LU)	900, 919, 924, 174
Miville (S/BS)	897, 918, 920, 923, 173
Onken (S/TG)	904
Piller (S/FR)	924
Schmid (C/AI)	908, 923
Schönenberger (C/SG)	924
Seiler (V/SH)	896
Simmen (C/SO)	898
Weber (U/ZH)	900

**Nationalrat  
Conseil national**

Sitzung vom 13.12.1989  
23.03.1990 (Schlussabstimmung)

Séance du 13.12.1989  
23.03.1990 (Vote finale)

88.014

## Krankenkassen-Initiative Initiative des caisses-maladie

Botschaft und Beschlussentwurf vom 24. Februar 1988 (BBl II, 247)  
Message et projet d'arrêté du 24 février 1988 (FF II, 256)

Bericht der Kommission des Ständerates über einen Gegenentwurf vom  
17. Oktober 1988 (BBl III, 1323)  
Rapport de la Commission du Conseil des Etats sur un contre-projet du  
17 octobre 1988 (FF III, 1262)

Beschluss des Ständerates vom 14. Dezember 1988  
Décision du Conseil des Etats du 14 décembre 1988

**Müller-Aargau**, Berichterstatter: Am 8. Dezember 1987 wurde das Sofortprogramm samt Mutterschaftsversicherung vom Souverän abgelehnt. Wie immer wir das Ergebnis auch interpretieren – ob die Mutterschaftsversicherung schuld an der Ablehnung sei oder die Revisionsvorschläge zum Gesetz –, eines steht fest: Wir sind damals weit hinter die vor der Abstimmung bestehende Situation zurückgeworfen worden. Schliesslich glaubten wir, uns damals auf dem grössten gemeinschaftlichen Nenner, eben dem Mini-Programm der Revisionsvorschläge, gefunden zu haben.

Was blieb zurück? Einmal ein Bundesgesetz über die Krankenversicherung von 1911; dazu die seit 1987 bestehenden Massnahmen zur Sanierung des Bundeshaushaltes, also die Plafonierung der Bundesbeiträge an die anerkannten Krankenkassen, und die Aufhebung der Subventionsordnung aus dem Jahre 1974 – und damit all jene Probleme, die uns das Sofortprogramm als äusserst dringlich erscheinen liessen, nämlich:

1. die Teuerung im Krankenwesen durch das grössere Angebot an medizinischen Leistungen, die Technisierung der Behandlungsmethoden, den Spitalausbau;
2. die demographischen Veränderungen, die bei gewissen Krankenkassen mit hohem Altersdurchschnitt der Mitglieder sehr hohe Leistungen fordern, ohne dass die Kassen über entsprechende Einnahmen verfügen, und die daraus resultierende Desolidarisierung, die zu Neugründungen und Kollektivkrankenkassen führt und die guten Risiken durch tiefe Prämien honoriert, ungeachtet dessen, dass in einigen Jahrzehnten genau dieselben Kassen an Auszehrung leiden werden. Inzwischen ist die Lage auf dem Kosten- und auf dem Prämien Sektor noch prekärer geworden. Gerade für grosse Familien und sozial Schwächere sind die laufenden Erhöhungen auf die Dauer nicht mehr tragbar.

Genau in diese Situation hinein fällt nun die Behandlung der Krankenkassen-Initiative des Konkordats Schweizerischer Krankenkassen. Lanciert wurde sie zwecks Pressuren auf den Gesetzgeber, der 1945 mit der Revision nicht vom Fleck gekommen war. Am 30. April 1985 wurde sie in der Form des ausgearbeiteten Entwurfes eingereicht. Nach kurzer Sammelzeit waren 390 273 gültige Unterschriften beigebracht worden. Diese Zahl darf bei allen unseren Ueberlegungen und Beschlüssen nie vergessen werden.

Vom Inhalt her bringt der ausformulierte Verfassungstext nichts, was nicht aufgrund der heutigen Grundlage im Gesetz verwirklicht werden könnte. So lautete schon die Meinung des Bundesrates in der Botschaft. Das Herzstück der Initiative stellen die Uebergangsbestimmungen dar: die Aufhebung der Plafonierung von 1987 und damit die Erhöhung der heutigen Bundesbeiträge von 958 Millionen auf knapp 2,5 Milliarden Franken, das heisst das Zweieinhalbfache.

Der Sprecher französischer Sprache wird noch weiteres zum Initiativtext sagen; wir haben eine Arbeitsteilung nach Ratsreglement durchgeführt. Selbstverständlich bestreiten die Initianten, dass es sich bloss um eine Subventionsvorlage handelt. Die Pressemeldungen des Konkordates in letzter Zeit sprechen da eine andere Sprache, wurde doch als Lockvogel eine 20prozentige Reduktion der Prämien versprochen, sofern der Initiative zugestimmt würde. Damit ist ja wohl skizziert,

dass die Lösung anderer Fragen z's sekundär angesehen wird.

Nachdem der Ständerat einstimmig mit 37 Stimmen die Initiative abgelehnt hatte, wurde sie auch von unserer vorbereitenden Kommission mit 20 Stimmen bei nur einer Enthaltung verworfen. Warum diese Einhelligkeit?

1. Die zusätzlichen 1,7 Milliarden sind schlicht und einfach nicht vorhanden. Von den Initianten müssten zumindest auch die neuen Finanzquellen aufgezeigt werden.

2. Es ist wenig sinnvoll, Bundesbeiträge in solcher Höhe auszurichten und den Krankenkassen fast pleins pouvoirs in der Verteilung der Mittel zu geben.

3. Es gibt wenig Sinn, wenn der Verfassungsartikel mit Bestimmungen angereichert wird, die bereits eine verfassungsmässige Grundlage haben und alleine ins Gesetz gehören.

Dennoch darf die Initiative nicht unterschätzt werden, fast 400 000 Unterschriften sind kein Pappenstiel. Wenn gar solche Methoden der Werbung von den Initianten angewandt werden, wie vor zehn Tagen vorgeführt, so lässt das für den Abstimmungskampf nichts Gutes ahnen. Auch aus diesem Grunde hat der Ständerat der Initiative einen indirekten Gegenvorschlag auf Gesetzesebene gegenübergestellt. Die vom Präsidenten der vorbereitenden ständerätlichen Kommission, Herrn Huber, vorgeschlagene Revision könnte – kurz gefasst – als Sofortprogramm vom 8. Dezember 1987 minus Mutterschaftsversicherung umschrieben werden.

Davon ausgehend, dass diese Revisionsvorlage nur oder vor allem wegen der Mutterschaftsversicherung abgelehnt worden sei, fanden 26 Ständeräte, eine sogenannte Anstandsfrist sei nach dem Sofortprogramm-Scherbenhaufen nicht einzuhalten; 14 waren anderer Meinung. Dieser indirekte Gegenvorschlag wurde schliesslich mit 24 zu 4 Stimmen vom Ständerat verabschiedet, nicht zuletzt auch in der Meinung, dadurch eine Möglichkeit geschaffen zu haben, dass das Konkordat seine überrissene Initiative zurückziehen könnte. Damit komme ich zur Behandlung der Doppelvorlage in der erweiterten Kommission für Soziale Sicherheit. In fünf zum Teil ganztägigen Sitzungen haben wir die Vorberatung durchgeführt. Die Ablehnung der Initiative erfolgte am Schlusse der Gesamtberatung, als der Gegenvorschlag bereits konzipiert war.

In der Beratung richtete sich das Augenmerk voll und ganz auf die ständerätliche Gegenvorlage. Die Kommission zerfiel in zwei Hälften mit nur kleinem Mittelfeld mit wechselnden Stellungnahmen. Auf der einen Seite war das Hauptanliegen eine soziale Krankenkasse, und alles wurde an dieser Forderung gemessen. Auf der Gegenseite stand die Kostenreduktion im Zentrum, eine soziale Kasse wäre nur das Resultat entsprechender Massnahmen. Beide Seiten wünschten auf die ständerätliche Vorlage einzutreten, in der Hoffnung, sie würde in ihrem Sinne noch angereichert. Und so setzte eine intensive Antragstätigkeit ein. Mit wechselnden knappen Entschieden, einmal im Sinne des einen, dann wieder im Sinne des anderen Lagers, wuchs der Gegenvorschlag langsam zu einem Monstrum heran, dem Ihr Präsident kaum mehr eine tragfähige Mehrheit bei der GesamtAbstimmung prophezeien konnte, weder in der Kommission noch im Plenum.

So wurde zum Beispiel, zusätzlich zum Ausgleich zwischen den Alterskategorien, der Prämienausgleich zwischen Mann und Frau eingeführt, andererseits hatte das Bonus-Malus-System Eingang gefunden. Daneben standen Änderungen bezüglich Zahnartzkosten, Planung der Heilanstalten, Praxisbewilligung; hier ging es vor allem um Kantonalisierungselemente. Die Pressecommuniqués nach den diversen Sitzungen geben Zeugnis von den etwas zweifelhaften Fortschritten unserer Bemühungen, die ständerätliche Vorlage zu verbessern.

Ich muss Ihnen die dramatische Entwicklung in der Kommission noch etwas ausmalen. Ich nehme nämlich an, dass noch kaum ein Präsident ähnliche Bedingungen vorgefunden hat. Da stand also eine Revision mit verschiedensten Artikeln zur Debatte, aber kein Experte war anwesend, um diese Vorlage zu präsentieren und die Erwägungen des Ständerates kämpferisch einzubringen. Das Zweikammersystem steht solchen Uebergriffen im Wege, es ist in solchen Fällen doch

eher unzulänglich. Das ist eine Erfahrung, die wir gemacht haben.

Der Bundesrat, in allen Sitzungen anwesend, hatte diese Teilrevision im Ständerat bekämpft und war bei unserer Arbeit alleweil ein interessierter Zuhörer. Ich hätte es in seiner Situation ebenso gemacht. Die Krankenkassenexperten aus dem Bundesamt für Sozialversicherung haben getreulich jeden Auftrag der Kommission erfüllt und jede gewünschte Auskunft erteilt. Ich danke ihnen für die gute Arbeit. Es war aber nicht zu übersehen, dass sie eine gewisse Loyalität zu ihrem Departementsvorsteher einhalten wollten, und ich habe auch für diese Haltung Verständnis.

Dann erfolgte am 28. August 1989 die Pressekonferenz des Bundesrates mit der Präsentation des Projektes der grossen Revision und der Ernennung der Expertenkommission Schoch. Dieser Gang in die Öffentlichkeit erfolgte – Zufälle gibt es – genau vor der letzten Sitzung unserer Kommission. In dieser war dann Herr Bundesrat Cotti auch voll im Element und voller Optimismus hinsichtlich einer grossen Revision. Alle angesprochenen und schon vorbehandelten Probleme einbeziehend, selbst bei den Terminen voller guter Hoffnung, steckte er die ganze Kommission an, um nicht zu sagen: er steckte uns in den Sack.

Von der einen wie von der anderen Seite waren schon Anträge vorbereitet, unser Monstrum vorläufig einzusperren, das heisst, die Arbeit an der Teilrevision zu sistieren, um mit einem reinen Finanzbeschluss der Initiative den Wind aus den Segeln zu nehmen. Die Wiederaufnahme des ständerätlichen Vorschlages fand ebensowenig Gnade wie der Antrag von Frau Segmüller – er war eine reduzierte Version davon und figuriert auf der Fahne noch als Minderheitsantrag. In orakelhaften Formulierungen wurde angedeutet, dass bei 1,3 Milliarden Bundesbeiträgen das Konkordat eventuell seine Initiative zurückziehen würde, und an der Konsensfähigkeit unseres Antrages mit dem Ständerat zweifelten damals nur wenige.

Diese 1,3 Milliarden, von Herrn Früh postuliert und dann in einem Antrag von Herrn Früh und Herrn Longet übernommen oder zusammengefügt – das stand auch in der Presse und darf daher verkündet werden –, liegen etwa im Durchschnitt des Finanzbeschlusses des Ständerates bezüglich der Subventionshöhe. Es bedeutet natürlich mit der Zeit auch einen gewissen Druck auf die Krankenkassen, wenn die Ausschüttung linear und nicht steigend erfolgt.

So wurde der Sistierungsbeschluss mit 16 zu 5 Stimmen, bei zwei Enthaltungen, gefasst. Der reine Finanzantrag als Gegenvorschlag wurde mit 18 zu 3 Stimmen beschlossen. Das ist der allgemeinverbindliche Bundesbeschluss zur befristeten Anhebung der Subventionen an die Krankenkassen für fünf Jahre, der auf der Fahne steht.

Aber schon in der Grundsatzfrage, ob in den Finanzbeschluss nachträglich noch Konditionen eingefügt werden sollen, fiel der Konsens bei 13 zu 9 Stimmen wieder auseinander. Immerhin blieb es so beim reinen Finanzbeschluss. Der Präsident hätte nun heute diese Mehrheit zu vertreten. Die eigenartige Fahne, die Sie in Händen haben, beweist Ihnen augenfällig, wie verzwickelt die Sachlage sich präsentiert, benötigen Sie doch zur heutigen Arbeit zwei Fahnen, da in der Fahne der nationalrätlichen Kommission der ständerätliche Vorschlag und das geltende Recht nicht enthalten sind.

In der Zwischenzeit haben verschiedene Echos – eines Konkordates und aus den Reihen des Ständerates – eine gewisse Ernüchterung gebracht. In den meisten Fraktionen wurden Varianten mit minimalen Konditionen diskutiert, und in der letzten Woche – ja selbst in den letzten Tagen, selbst gestern noch – wurde laufend der interfraktionelle Konsens gesucht und, wie Sie auf Ihrem Pult sehen, schliesslich gefunden.

Heute liegt ein Antrag Früh/Haller/Rychen/Segmüller vor, der den Minderheitsantrag auf der Fahne wahrscheinlich ersetzen wird und die Kanalisierung der Gelder auf den Ausgleich zwischen den Alterskategorien und – wie man so hässlich sagt – der guten und der schlechten Risiken konzentriert. Dass in diesem Sektor eindeutig die eigentliche Ursache für die Desolidarisierung liegt, wird wohl von niemandem bestritten. Aber man wollte ein politisches Signal setzen und auch in den Finanzbeschluss den Ausgleich zwischen den Geschlechtern einführen.

Damit wird die politische Richtung mit dem Ziel des Ausgleichs der Prämien zwischen Mann und Frau angegeben. Es ist nicht meine Aufgabe, nun auf diese Angelegenheit einzugehen. Dieser Antrag wird von anderer Seite begründet werden. Ich kann zusätzlich als Vertreter der LdU/EVP-Fraktion noch beifügen, dass wir uns diesem Verständigungsantrag ebenfalls anschliessen würden, und damit fällt der von mir hier zu vertretende, von der Kommission beschlossene Mehrheitsantrag faktisch dahin.

Ich habe noch zwei Bemerkungen anzufügen. Einmal zur Fahne: Sie haben auf der alten ständerätlichen Fahne Artikel 35 und Artikel 38 Absatz 1 zu beachten. Dann wäre der Artikel 38bis Buchstaben a und b aus dieser alten Fahne anzuschauen. Anschliessend an diesen Artikel 38bis Absatz 1 Buchstaben a und b käme Buchstabe c vom neuen Antrag zu stehen.

Die weiteren Dinge werden Ihnen von Herrn Früh und den anderen Initianten des Antrages erklärt werden.

Zu den Terminen habe ich noch etwas zu sagen. Sie alle wissen, dass wir im Frühjahr die Initiative um ein Jahr verschoben haben. Ihre Behandlung muss im März erledigt sein. Wir haben unsere Kommissionsarbeit vor der Herbstsession beendet. Sie ist aber in der Herbstsession nicht traktandiert worden. Damit kommen wir in Termenschwierigkeiten, und zwar nicht mit der Initiative, sondern mit dem Gegenvorschlag. Wir müssen die Bereinigung mit dem Ständerat im März durchführen können. Andernfalls geht diese Initiative ohne Gegenvorschlag in die Abstimmung.

Ich bitte Sie, sich das immer vor Augen zu halten, wenn wir jetzt den Konsens in bezug auf einen Gegenvorschlag suchen.

**M. Couchepin, rapporteur:** Tout d'abord, pour éclairer ce débat, il faut rappeler quelques dates importantes pour la compréhension de l'ensemble du problème. Le 30 avril 1985, a été déposée l'initiative du concordat, dite «pour une assurance-maladie financièrement supportable», sur laquelle nous aurons à nous prononcer. Le 17 mars 1986, était déposée une autre initiative du Parti socialiste et de l'Union syndicale suisse, «pour une saine assurance-maladie». Puis, enfin, à l'occasion d'une grande date, celle du 7 décembre 1987, le peuple suisse a refusé à une très forte majorité la révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie et maternité – le programme d'urgence. Il n'y a naturellement pas lieu d'épiloguer longtemps sur le résultat de cette votation, sinon pour constater que, d'une manière très claire, une partie de la loi sur l'assurance-maladie a fait l'objet d'un refus net du peuple suisse alors que l'autre partie de la révision de l'assurance-maladie semblait pouvoir recueillir davantage d'approbation.

Aujourd'hui, notre conseil doit se prononcer sur trois points: la première décision concerne la réponse à donner à l'initiative populaire du concordat, dite «pour une assurance-maladie financièrement supportable»; la seconde décision concerne notre attitude à l'égard du contre-projet du Conseil des Etats sous forme d'une modification de la loi sur l'assurance-maladie; la troisième décision concerne la proposition de votre commission qui suggère d'augmenter proportionnellement les subventions aux caisses-maladie. Par cette troisième décision, nous créons une divergence avec le Conseil des Etats.

Tout d'abord, l'initiative des caisses-maladie a été déposée – comme je vous l'ai dit – il y a un peu plus de quatre ans, au mois d'avril 1985. Elle avait recueilli l'approbation de près de 400 000 citoyens, 390 000 plus exactement. C'est dire qu'il s'agit d'une initiative qui a un large écho dans l'opinion publique, qui est soutenue par une organisation ayant les moyens de mobiliser l'électorat d'une manière très puissante. Il faut ajouter que cette initiative est aussi munie d'une clause de retrait ce qui, dans les circonstances actuelles, pourrait avoir un certain intérêt bien que, semble-t-il, on n'ait pas de signes du côté des auteurs de l'initiative que cette dernière puisse être retirée, même si l'on accepte la partie C des propositions faites aujourd'hui. Mais, dans le domaine politique, les choses peuvent évoluer rapidement.

Quel est le contenu de cette initiative? L'initiative veut compléter la constitution en ajoutant cinq alinéas à l'actuel article 34bis qui donne compétence à la Confédération d'introduire

par voie législative l'assurance en cas d'accident et de maladie. Fondamentalement, les auteurs de l'initiative ne veulent pas modifier le système actuel d'assurance-maladie. Ils considèrent au contraire qu'il donne satisfaction. En revanche, comme nous tous, ils voient une menace contre le système dans l'augmentation considérable et continue du coût de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Ils voient aussi une menace dans la contribution, à leur avis trop faible, des pouvoirs publics au financement de l'assurance-maladie sociale. Dès lors, les auteurs de l'initiative veulent que soient inscrits dans la constitution, et ce point-là est important, les principes en termes généraux qui précisent le contenu et l'organisation de l'assurance-maladie sociale.

Selon cette proposition, la Confédération serait appelée à verser des subsides aux caisses-maladie pour compenser entièrement les charges que la constitution et la loi imposent aux caisses-maladie sur le plan social et politico-social. Il s'agit en particulier de compenser les charges supplémentaires dues à la solidarité entre les sexes et les générations. Les cantons recevraient aussi d'autres charges puisqu'ils devraient allouer des subventions ou réduire les cotisations et les participations aux frais dûs par les assurés à ressources modestes. Cette participation des cantons ne serait pas libre, mais fixée dans le cas de normes minimales définies par la Confédération.

Du point de vue des finances publiques, cette initiative a des conséquences importantes, entre autres, de nous obliger à revenir sur l'article 38bis de la loi actuelle qui a été introduit en 1977 lorsqu'on a décidé de plafonner les subsides fédéraux à l'assurance-maladie. Il deviendrait de ce fait caduc.

Du point de vue financier, la charge imposée à la Confédération par l'initiative, est énorme puisque l'on passerait de 900 millions de francs de subsides à 2,5 milliards de francs en 1991. La Confédération devrait donc dépenser plus d'un milliard et demi de francs supplémentaires, pour l'assurance-maladie. On ne voit pas comment cela pourrait être financé sans qu'il soit dit où la Confédération trouverait des ressources complémentaires.

A l'unanimité, la commission vous propose de repousser cette initiative. Son argumentation correspond à celle du Conseil fédéral, suivie aussi par le Conseil des Etats qui vous propose également de la repousser. En effet, une partie des propositions figurant dans le texte de l'initiative a déjà été réalisée. Par ailleurs, dans un domaine aussi mouvant, qui subit l'évolution d'une manière aussi claire que celui de l'assurance-maladie, il paraît inopportun d'introduire dans la constitution des principes qui ressortissent à l'échelon législatif. C'est pourtant ce que veut l'initiative du concordat. Ces dispositions appartiennent par nature à la loi, il s'agit de ne pas bloquer l'avenir et de permettre de s'adapter à l'environnement qui change très rapidement dans le domaine de la santé et des techniques de la santé publique, aussi bien sous l'angle du financement que sous celui des progrès médicaux.

Mais, c'est financièrement que l'initiative nous paraît poser les problèmes immédiats les plus graves.

Les subsides, je le répète, sont plafonnés aujourd'hui; ils exploseraient littéralement si l'initiative était acceptée par le peuple et les cantons. Or, les auteurs de l'initiative ne se sont pas prononcés sur les moyens de faire face à ces dépenses supplémentaires. Si l'on fait un rapide tour d'horizon des possibilités de la Confédération pour financer ces subsides supplémentaires, on ne voit qu'une seule possibilité: un endettement supplémentaire pour ce qui ressort clairement des frais de fonctionnement, et cela n'est pas tolérable au vu de l'ensemble de la politique financière que l'on entend mener en accord avec le gouvernement.

Autre argument, l'augmentation des subsides à l'assurance-maladie ne résout pas le problème de fond, qui est celui du contrôle des coûts. Cette initiative ne permet pas d'exercer une pression sur le contrôle des coûts. Or, une stratégie à long terme de l'assurance-maladie doit permettre de réduire les inégalités et les injustices du système actuel, tout en exerçant, en même temps, une pression sur les coûts ou, tout au moins, une pression pour éviter une évolution à la hausse des coûts aussi rapide que celle que l'on a connu ces dernières années. Finalement, c'est à l'unanimité avec une abstention que la

commission propose le rejet de l'initiative populaire «pour une assurance-maladie financièrement supportable».

On arrive à la partie B du projet que nous devons discuter. Il s'agissait dans cette partie, pour le Conseil des Etats, de proposer une sorte de contre-projet indirect à l'initiative des caisses-maladie. Le Conseil des Etats a procédé à une analyse des résultats de la votation de 1987 et il veut reprendre, dans son contre-projet, les points qui n'étaient pas contestés. Il les introduirait sous forme d'un programme d'urgence, par le biais de la modification de la loi sur l'assurance-maladie. Dans un premier temps, comme l'a expliqué le président de la commission, la Commission de la sécurité sociale du Conseil national s'est engagée dans la même voie. Nous avons étudié le projet du Conseil des Etats et nous avons tenté de le modifier, mais nous avons rapidement été submergés par l'ampleur qualitative et quantitative du travail. Nous avons constaté que nous nous engageons dans une voie pratiquement sans issue, car le problème dépassait les capacités d'une commission qui travaillait sans avoir recours à des experts. Nous sommes arrivés à la conclusion que la solution la plus raisonnable est d'attendre la proposition du Conseil fédéral. Ce dernier a en effet, dans un premier temps, demandé à quatre sages d'élaborer un rapport sur la révision de l'assurance-maladie. Durant le premier semestre 1989, il a élaboré des principes qui devraient permettre une révision en profondeur de la loi sur l'assurance-maladie. En août 1989, nouvelle étape, le Conseil fédéral a chargé une commission de vingt-six experts, présidée par le conseiller aux Etats Otto Schoch, de préparer d'ici à septembre 1990 un avant-projet inspiré de ces principes. Il s'agit de principes relevant de l'organisation du domaine des prestations, du financement, et de la maîtrise des coûts.

En ce qui concerne le point B, nous vous proposons donc de suspendre nos délibérations au sujet du contre-projet indirect du Conseil des Etats jusqu'à ce que nous ayons obtenu les résultats des travaux de la commission d'experts Schoch.

En ce qui concerne le point C, ce sont nos propres propositions. Nous considérons que, dans le domaine de l'assurance-maladie, même si les problèmes sont extrêmement complexes, il y a quand même urgence, au vu des difficultés pour beaucoup d'assurés de faire face aux coûts de l'assurance. Nous souhaitons qu'une aide puisse être apportée aux assurances-maladie pour diminuer cette charge qui devient insupportable pour certains assurés, plus précisément les assurés modestes.

C'est la raison pour laquelle nous vous proposons, dans un arrêté fédéral limité à cinq ans, de porter le subside maximal de la Confédération de 900 millions à 1,3 milliard de francs. La question complémentaire est de savoir si cette augmentation de subsides doit être accompagnée de précisions quand à l'utilisation de l'argent mis ainsi à disposition des caisses-maladie.

Deux écoles se sont manifestées dans la commission: une école majoritaire qui pensait qu'il ne fallait pas fixer de principes et laisser formellement libres – tout en ayant des souhaits – les sociétés d'assurance et les caisses d'assurance de répartir ce montant comme elles l'entendaient, et une autre école qui pensait que, déjà maintenant, il fallait indiquer la manière d'utiliser cet argent, tout au moins pour donner un signal politique à la commission Schoch et au Conseil fédéral.

Pour cette raison, le tableau synoptique fait apparaître deux propositions: une de majorité et une de minorité. Entre-temps, il est survenu un de ces petits miracles parlementaires si rares et qui a vu se constituer un front qui dépasse ce qu'historiquement on aurait pu appeler un front populaire, puisqu'il va de M. Früh, l'auteur de la proposition, à Mme Haller en passant par Mme Segmüller et M. Rychen. Minorité et majorité se sont mises d'accord pour fixer quelques principes, mais pour s'en tenir au montant maximum prévu de 1,3 milliard de francs. Agir ensemble c'est, semble-t-il, le slogan que nos collègues ont voulu appliquer et je crois, sans violer la volonté de la commission, que l'on peut dire que majorité et minorité sont d'accord pour vous recommander d'accepter la proposition de Mmes Früh, Haller, Rychen, Segmüller et de repousser les autres propositions.

**Früh:** Ich spreche im Namen der FDP-Fraktion, vertrete aber auch den Antrag Früh/Haller/Rychen/Segmüller, um nur einmal zu sprechen.

Ich beschränke mich auf drei Punkte: die Volksinitiative für eine finanziell tragbare Krankenversicherung, die Fragen: «Warum ein Gegenvorschlag in Form eines befristeten allgemeinverbindlichen Bundesbeschlusses?» und: «Warum noch eine Aenderung in letzter Minute?».

Der Krankenkassen-Initiative kommt das unbestrittene Verdienst zu, weiten Kreisen die drohenden Finanzierungsschwierigkeiten erstmals vor Augen geführt zu haben. Damit allerdings erschöpfen sich die positiven Aspekte auch schon. Die Initiative verlangt nicht nur eine massive Erhöhung der Bundessubventionen auf über 2,5 Milliarden Franken gegenüber 900 Millionen Franken heute, sondern auch die Monopolisierung der gesamten Krankenversicherung. Zuletzt öffnet die Initiative der Staatsmedizin Tür und Tor.

Dem wohlklingenden Titel «Für eine finanziell tragbare Krankenversicherung» zum Trotz leistet sie keinerlei Beitrag zur Lösung der Finanzierungsprobleme in der sozialen Krankenversicherung. Die über die erhöhten Subventionen erkaufte mögliche Stabilisierung der Prämien wird mit erhöhten Steuern zu bezahlen sein. Es darf also bezweifelt werden, ob die gegen 400 000 Unterzeichner der Initiative sich dieser Konsequenzen einer Annahme bewusst waren. Die FDP-Fraktion lehnt diese Initiative einstimmig ab.

Wozu ein befristeter Bundesbeschluss? Zum ersten Mal seit Jahren besteht die berechtigte Hoffnung, dass die verfahrenere Situation in der Diskussion um die künftige Ausgestaltung der sozialen Krankenversicherung überwunden werden kann. Mit den vom Bundesrat vorgelegten und im einzelnen noch detailliert zu analysierenden Grundsätzen für eine Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes scheint die Basis für eine grundlegende und dringend erforderliche zeitgemässe Neuordnung der sozialen Krankenversicherung gegeben.

Herr Bundesrat Cotti hat mit seinem zielstrebigem Vorgehen bereits Bewegung in die Diskussion gebracht. Von der Zweckmässigkeit der Absichten des Bundesrates liess sich inzwischen auch die mit der Behandlung der in jeder Hinsicht verfehlten Krankenkassen-Initiative betraute nationalräthliche Kommission überzeugen. Sie nahm Abstand von der vom Ständerat vorgelegten übereilten Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes. Statt dessen beschränkte sie sich auf meinen Antrag, den anerkannten Bedarf der Krankenkassen nach zusätzlichen Bundesmitteln bis zum Abschluss der Totalrevision über einen zeitlich befristeten Bundesbeschluss abzudecken.

Sollte nun diesem Antrag von beiden Räten zugestimmt werden, wäre der Weg frei für eine zügige, umfassende und ausgewogene Regelung im Rahmen der vom Bundesrat eingeleiteten Totalrevision. Nachdem die vom Bundesrat vorgelegten Grundsätze für eine Totalrevision auf ein vorsichtig positives Echo gestossen sind, stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit eines zeitlich befristeten Bundesbeschlusses zu Erhöhung der Bundessubvention an die Krankenkassen. Dieses Vorgehen ist nur vor dem Hintergrund der ständig steigenden Krankenversicherungsprämien und der vom Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen lancierten Volksinitiative für eine finanziell tragbare Krankenversicherung verständlich.

Im Gegensatz zu den Initianten ist der Bundesrat und mit ihm der Ständerat sowie die Kommission des Nationalrates der Meinung, dass die Probleme in der sozialen Krankenversicherung nicht auf Verfassungsebene gelöst werden müssen. Die heute gültigen Artikel lassen uns, dem Gesetzgeber, einen maximalen Spielraum. Nachdem im Dezember 1987 ein weiterer Revisionsversuch kläglich am deutlichen Nein des Souveräns gescheitert war, beschloss der Bundesrat, eine grundlegende Reform der sozialen Krankenversicherung einzuleiten und der Initiative der Krankenkassen keinen Gegenvorschlag gegenüberzustellen. Dagegen versuchte der Ständerat in einem Kraftakt mittels Aufnahme der angeblich unbestrittenen Teile des letzten Reformversuches eine Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes. Damit sollte der Initiative ein indirekter Gegenvorschlag entgegengestellt werden.

Einmal abgesehen davon, dass dieses Vorgehen mit Blick auf

einen erst wenige Monate vorher gefällten Volksentscheid äusserst problematisch ist, zeigte sich in unserer vorbereitenden Kommission sehr schnell, dass mit dieser Teilrevision die vom Bundesrat seinerseits zügig vorangetriebene Totalrevision wenn nicht massiv verzögert, so doch in wesentlichen Teilen präjudiziert würde. Diesen Argumenten konnten wir uns in der nationalräthlichen Kommission, die sich intensiv mit den Möglichkeiten einer Teilrevision befasst hatte, nicht entziehen. Zugleich wollten wir uns im politischen Kampf gegen die fast einstimmig abgelehnte Krankenkassen-Initiative nicht allein auf die sich erst im Stadium der Expertenarbeit befindliche Totalrevision verlassen und beantragen nun dem Plenum des Nationalrates eine befristete Erhöhung der Subventionen an die Krankenkassen. Diese zeitlich befristete Subventionserhöhung steckt damit zugleich den Rahmen bis zum Abschluss der Totalrevision ab.

Nun, warum eigentlich? In einem Communiqué des Konkordats Schweizerischer Krankenkassen vom 25. Juni 1988 ist zu lesen: «Eine ausreichende Beteiligung des Bundes an der unausweichlich aufwendigeren Krankenversicherung für die Frauen und für die Betagten. Verstärkter Einsatz der Bundesbeiträge zugunsten der betagten Versicherten der Gegenwart und der Zukunft.» Weiter lese ich da auch: «Die Krankenkassen sind bereit, diesen Ausgleich der Lasten unter den Generationen durch einen eigenen Beitrag im Rahmen dieses Programms zu erleichtern.»

Die Frage der Alterskostenfinanzierung in der sozialen Krankenversicherung geht an Bedeutung jedoch weit über die Frage von Ausnahmefällen hinaus. Sie ist bereits heute zu einem Finanzierungsproblem für alle Krankenkassen geworden. Die Solidarität gegenüber den Altersrentnern ist bereits heute in Gefahr und droht binnen wenigen Jahren zu zerfallen, wenn keine Gegenmassnahmen getroffen werden.

Die im Rahmen des Nationalen Forschungsprogrammes 8 durchgeführte Strukturanalyse der Kosten der Krankenpflegeversicherung hat unter anderem die starke Abhängigkeit der Versicherungsausgaben vom Alter der Versicherten aufgezeigt. Die Rufe der Krankenkassen habe ich verstanden und deshalb in der Kommission die Idee des befristeten Bundesbeschlusses vertreten. Selbstverständlich lösen wir mit dem befristeten Bundesbeschluss das Problem nicht; was wir können, ist nicht heilen, sondern in diesem Fall eben nur lindern, aber auch das ist schon erstrebenswert.

Das führt mich zum dritten Punkt. Weshalb noch ein Zusatz, mitunterzeichnet durch die Kolleginnen Haller und Segmüller und Kollege Rychen, den auch die grüne Fraktion und die Liberalen – Herr Präsident Müller hat ja namens der LdU/EVP-Fraktion den Applaus bereits abgestattet – zu unterstützen gewillt sind? Zwei Argumente verdienen noch Erwähnung.

1. Der Rat sollte Herrn Bundesrat Cotti signalisieren, zu welchem Zweck die zusätzlichen Subventionen verwendet werden. Im vorgeschlagenen Absatz 2 soll der Entsolidarisierung zwischen den Altersgruppen entgegengewirkt werden und ein kleines, bescheidenes Signal zugunsten der Gleichbehandlung beider Geschlechter ertönen. Wieder einmal tönt die französische Sprache schöner als die deutsche; nicht nur schöner, auch eleganter und positiver. Wir meinen auf deutsch aber dasselbe; lesen Sie den französischen Text.

2. Dem Argument, es werde Geld in die alten Kanäle geleitet, möchten die Antragsteller mit Litera c neu entgegentreten – ein Anliegen von Kollegin Segmüller –, indem der Bundesrat die Möglichkeit bekommt, dem Altersproblem Rechnung zu tragen, das heisst, die Kopfbeiträge nur an die älteren Männer und Frauen auszurichten.

Die FDP-Fraktion stimmt diesem gemeinsamen Antrag einstimmig zu. Ich möchte Sie bitten, diesem aufgezeigten Weg auch zu folgen. Die vorgesehene Erhöhung der Subventionen auf maximal 1,3 Milliarden Franken für eine befristete Zeit darf nicht als Kniefall vor einer verfehlten Initiative verstanden werden. Sie sichert aber den Fortbestand des Systems bis zum Abschluss der Totalrevision, in deren Rahmen die heutigen Finanzierungs- und Subventionsprinzipien grundsätzlich zur Debatte stehen werden.

Dass damit der politische Kampf gegen eine in jeder Hinsicht überrissene Initiative, die völlig schief in der politischen Land-

schaft steht, wesentlich erleichtert wird, ist nicht mehr als ein positiver Nebeneffekt.

**Basler:** Ueber seine Krankenkasse gehört praktisch jeder Schweizer dem Konkordat der Krankenkassen an. Ihre Initiative mit rund 400 000 Unterschriften erstaunt daher nicht, zumal der Titel verführerisch «Für eine finanziell tragbare Krankenversicherung» lautet. Im Vorfeld der Abstimmungen werden wir aber jeden Versicherten daran erinnern müssen, dass er nicht nur Kassenmitglied, sondern auch Bürger und Steuerzahler ist. Wir werden ihm die Schwäche dieser Initiative so gründlich darlegen, dass das Konkordat nicht ohne Blessuren aus dem Abstimmungskampf hervorgehen wird; daher würde es die Initiative besser zurückziehen.

Die Einwände der SVP gegen diese Krankenkassen-Initiative sind folgende:

1. Diese Konkordatsinitiative verlangt: «Die Krankenversicherung ist durch die vom Bund anerkannten Krankenkassen durchzuführen.» Das sind die dem Konkordat zugehörigen Kassen, die zwar Auflagen zu erfüllen haben, aber auch Bundesmittel erhalten, im Gegensatz zu den Privatversicherungen. Und obwohl heute das Verhältnis der Krankenversicherungen 98 zu 2 zugunsten der vom Bund anerkannten Kassen ist, will der Riese den Zwerg mit seiner Initiative vom Feld schlagen.

Dass Wettbewerb alleweil zu gerechteren Prämien führt, als Monopole dies tun würden, zeigt das sinnvolle Nebeneinander bei den Unfallversicherungen. Neben der staatlichen schweizerischen Unfallversicherung, der Suva, dürfen die Privatversicherer im gesamten Bereich der Unfallversicherung tätig sein.

2. Das Kranken- und Mutterschaftsgesetz wurde vor zwei Jahren nicht zuletzt wegen des Taggeldes bei Mutterschaft abgelehnt. Die vorliegende Initiative verlangt erneut eine Krankenversicherung, welche bei Mutterschaft neben den Behandlungskosten Geldleistungen umfasst.

Wir fragen uns: Sind sich die Initianten bewusst, welche Hypothek sie seit dieser denkwürdigen Abstimmung über die Kranken- und Mutterschaftsversicherung in ihrem Initiativtext haben?

3. Es ist nicht in Ordnung, dass die Bundesverfassung den Krankenkassen für alle Zeiten vorschreibt, sie müssten die Behandlungskosten und Geldleistungen für jene tragen, die keine Unfallversicherung abschliessen. Das hebt die Prämien der Krankenversicherten an – ihre Kasse muss die Kosten der Schlaumeier tragen, die sich eine Unfallversicherung ersparen. Diese Doppelversicherung müssen auch jene Mitglieder bezahlen, die schon zufolge Berufstätigkeit zwangsweise gegen Unfall versichert sind.

4. Die Initiative verlangt in ihrem Absatz 5 vom Bund die Abgeltung dieser im vorangehenden Absatz aufgezählten selbstdeklarierten Verpflichtungen. Das ist wohl das Perfideste. Die Auflagen des Bundes seien den Kassen voll zu vergüten, war noch die Auffassung der letzten Gesetzesrevision im Jahre 1964. Die Grundidee war damals die, dass sich die vom Bund anerkannten Kassen nicht schlechter stellen als die privaten, welche nicht alle Auflagen übernehmen. Seither nehmen aber die privaten Krankenversicherungen ab. Das zeigt doch an, dass die Bundessubventionen aus Wettbewerbsgründen nicht erhöht werden müssten.

5. Die Dachorganisation der Krankenkassen negiert in Absatz 6 die Hoheit der Kantone. Ihnen – den Kantonen – obliegt noch immer das Gesundheitswesen. Die Kassen verlangen nun, dass der Bund den Kantonen auch vorschreibe, Beiträge an die Kassen auszurichten. Nach der Logik des vorangehenden Abschnittes müsste, wer befiehlt, auch zahlen. Das würde bedeuten, dass die Kantone vom Bund auch wieder die Abgeltung ihrer vom Bund auferlegten Verpflichtungen verlangen könnten, wie dies die Kassen tun.

Unser Gesundheitswesen gilt als eines der besten der Welt. Es beansprucht mit nur 8 Prozent unseres Bruttosozialproduktes einen mit unseren Nachbarländern vergleichbaren Anteil. Natürlich ist dieser Anteil heute doppelt so hoch wie Anfang der sechziger Jahre, als Kranken- und Unfallversicherungsgesetz zum letztenmal revidiert wurden. Aber für diesen Aufpreis gibt

es auch Erklärungen: Die mittlere Lebenserwartung konnte seither um vier Jahre gesteigert werden; die Erkrankungen an Tuberkulose und Kinderlähmung sind überwunden.

Der Bürger finanziert unser Gesundheitswesen schon heute zur Hälfte über Steuern. Wir dürfen nicht nur an die Milliarde denken, die der Bund beiträgt. Die Gemeinden tragen das Dreifache dessen bei, was wir an Bundesgeldern einschliessen, und die Kantone sogar das Fünffache. Nun reicht es dem Steuerzahler. Den Rest müssen wir über Krankenkassenprämien aufbringen.

Die Prämiensumme unserer Grundversicherung, welche das Konkordat der Krankenkasse vertritt, ist etwa gleich gross wie die Summe, die in der Schweiz jährlich für Alkohol ausgegeben wird. Sie ist auch nicht höher als die jährlichen Auslagen der Schweizer für Auslandsreisen und Auslandsferien. Unsere Krankenkassenprämien sind daher weder untragbar noch ungerechtfertigt, denn Gesundheit ist unser höchstes Gut. Sie sind eine sinnvolle Auslage, die ungefähr 5 Prozent der privaten Haushaltsausgaben betragen.

Zugegeben, Durchschnittszahlen charakterisieren die Gröszenordnung. Es gibt auch sozial schwache Glieder unserer Gemeinschaft. Für diese können auch Durchschnittsprämien untragbar werden; ihnen sollen die Bundessubventionen zukommen. Die eidgenössischen Räte haben in diesem Sinne motioniert. Das bedarf aber einer Gesamtrevision der Krankenversicherungsgesetze. Daran wird nun in einer Expertenkommission gearbeitet. Dazu braucht es den Ueberblick über das schweizerische Gesundheitswesen und nicht die Sonderinteressen jener Versicherer, die sich ein Monopol für die Krankenversicherung und einen verfassungsrechtlichen Anspruch auf mehr Subventionen sichern wollen. Diese plumpe, protektionistische Initiative des – zwar mächtigsten – Interessenverbandes lehnt die Fraktion der SVP einhellig ab.

Noch kurz zum gescheiterten Versuch des Gegenvorschlages: Um nur das als «Sofortprogramm» bezeichnete Kranken- und Mutterschaftsversicherungsgesetz durchzuberaten, benötigten wir – unter den Bundesräten Hürlimann, Egli und Cotti – über vierzig Kommissionssitzungstage. Ich habe aus dieser Erfahrung heraus am Tage nach dem Scheitern der KVMG-Vorlage die Motion eingereicht, die Vorlage sei ohne den Kündigungsschutz und das Mutterschaftstaggeld sofort und ohne Änderung nochmals als Bundesbeschluss zu unterbreiten.

Nun ist das damals konsensfähige Restpaket durch den Ständerat wieder geöffnet und durch unsere Kommission angereichert worden. Es fehlte nicht nur die Vernehmlassung zu diesen neu eingebrachten Vorschlägen – auch der Bundesrat wollte und konnte sich dazu nicht äussern, denn wir hatten ihn schon vorher mit einer Gesamtrevision beauftragt. Aus diesen Gründen ist die Tragfähigkeit des Gegenvorschlages zur Volksinitiative verlorengegangen. Wenn unser Entwurf der nun arbeitenden Expertenkommission einzelne Hinweise geben kann, ist nicht alle Arbeit umsonst gewesen.

Was die noch zu beschliessende Finanzierung anbetrifft, ist es unklug, voreilig Geld zu verteilen. Wir müssen der Kommission doch noch Spielraum lassen. Wenn schon eine Vorschussleistung erbracht werden soll, so muss sie auch an Bedingungen geknüpft werden. Seitens der SVP wird Kollege Rychen noch dazu Stellung nehmen.

**Frau Haller:** Wir haben es hier und heute mit dem unsozialsten aller schweizerischen Sozialwerke zu tun. Sagen wir es im Klartext, was die sozialdemokratische Fraktion ohne Zögern tut: Die Gesundheitspolitik liegt im argen.

Bisher sind alle Revisionsgesuche an den Interessengegensätzen der verschiedenen Akteure gescheitert. Das Sofortprogramm wurde in einem kleinlichen Abstimmungskampf gebodigt, einerseits durch Aerzte-Interessen und andererseits durch bürgerliche Komitees. Diese hielten den Zeitpunkt immer noch nicht für richtig, den Verfassungsauftrag für eine Mutterschaftsversicherung zu erfüllen, obschon dieser Verfassungsauftrag bekanntlich aus den vierziger Jahren datiert. Das ist politisch – aber schon verfassungsrechtlich – skandalös.

Inzwischen schreitet die Kostenexplosion im Gesundheitswesen munter weiter. Die Aerzte wollen ihre Einkommen von jähr-

lich hundert- oder mehreren hunderttausend Franken haben; das gehört in unseren Breitengraden offenbar zum gesellschaftlichen Berufsbild. Wenige sehr löbliche Ausnahmen bestätigen dieses Bild, bzw. sie zeigen uns, dass es nicht so sein müsste. Deshalb spielt in der medizinischen Versorgung das Prinzip von Angebot und Nachfrage anerkanntermassen nicht. Wenn die Grundnachfrage der Bevölkerung nach medizinischer Versorgung eigentlich gedeckt wäre, sinkt nicht das Angebot der ärztlichen Versorgung bzw. bleibt die Summe der Aertzeinkommens nicht konstant, sondern die Summe der Aertzeinkommen steigt munter weiter und zieht die Nachfrage nach ärztlicher Versorgung nach oben. Es wäre sehr interessant, die gesellschaftspolitischen Hintergründe dieser Kostenexplosion im Gesundheitswesen auch ein wenig unter die Lupe zu nehmen.

Ich gebe zu: Nicht alle Krankheiten sind gesellschaftspolitisch verursacht, aber sicher einige davon sind es. Wäre die Intensivität des Arbeitsstress im Erwerbsleben geringer, hätten wir weniger Krankheitskosten. Würden wir nicht etliche Leute aus diesem Erwerbsleben ausschliessen – aus welchen Gründen auch immer –, müssten weniger Leute zur Krankheit als Ersatzdroge greifen. Der Umstand, dass unsere Gesellschaft immer noch weitgehend eine totale «Entweder-oder-Gesellschaft» ist, dass man nur in der Mühle drinnen oder draussen sein kann, produziert auch Krankheit. Der Umstand, dass die Freiheit der persönlichen Lebensgestaltung in unserem sogenannten freiheitlichen Land gering ist, abgesehen von einigen privilegierten Berufen, dass das Wort «Zeitautonomie» für viele ein Fremdwort ist – dies alles produziert auch Krankheit und trägt zur Kostenexplosion im Gesundheitswesen bei.

Schliesslich ein Letztes zum Grundsatz: Die aus dem Boden schiessenden Ami-Kliniken haben nun auch einer breiten Bevölkerung deutlich gemacht, dass es verschiedene politische Konzeptionen der Gesundheitsversorgung gibt: die nur marktwirtschaftlich orientierte einerseits und die solidarische andererseits, welche übrigens marktwirtschaftliche Elemente nicht völlig ausschliesst. Die diesbezügliche Haltung der sozialdemokratischen Fraktion ist sehr klar: Gesundheit ist ein Menschenrecht – übrigens ein Menschenrecht aller Menschen auf unserem Planeten, nicht nur jener auf der Nordhalbkugel –, und das rein marktwirtschaftliche Konzept der Gesundheitsversorgung stellt weltweit eine ganz einfache Gleichung auf. Diese Gleichung lautet: «Gesundheit für die Reichen, Krankheit für die Armen.»

Das Menschenrecht auf Gesundheit kann nur dann konkretisiert werden, wenn es auf der Grundlage der Solidarität beruht, ergänzt durch marktwirtschaftliche Elemente, die aber sehr besonnen und sparsam eingebaut werden müssten.

Die Sozialdemokratische Partei und der Schweizerische Gewerkschaftsbund haben ihre eidgenössische «Volksinitiative für eine gesunde Krankenversicherung» schon längst eingereicht. Diese Initiative steht heute nicht zur Diskussion, sie wird hier jedoch bald zu diskutieren sein.

Die Initiative der Krankenkassen, die heute zur Diskussion steht, hat eine andere Stossrichtung als unsere Initiative. Sie will die Bundesbeiträge an die Krankenkassen massiv für 1991 auf das Zweieinhalbfache und für 1994 auf das Dreifache von heute erhöhen. Dies soll aber geschehen, ohne dass mit der Ausrichtung der erhöhten Beiträge durch den Bund neue Bedingungen geschaffen werden könnten, die nötig wären, um die eingangs erwähnten Missstände im Gesundheitswesen zu beheben.

Damit ist schon ein Grund dargelegt, warum die SP-Fraktion der Krankenkassen-Initiative nicht zustimmen kann. Wenn wir mehr Bundesbeiträge ausrichten – dafür sind wir angesichts der Missstände durchaus zu haben; wir verlangen dies sogar –, so wollen wir mit diesen Beiträgen auch auf eine Verbesserung der Verhältnisse abzielen.

Ich bin mit dem Sprecher der SVP-Fraktion nicht einverstanden: Die Krankenkassenbeiträge sind zu hoch; aber die SP-Fraktion setzt auf ihre eigene Volksinitiative, die eingereicht ist, sowie – darauf werde ich noch kommen – auf die Totalrevision. Sie haben vom Kommissionspräsidenten gehört, wie die Kommission gearbeitet hat. Zunächst ist man auf den indirekten Gegenvorschlag eingetreten, der teilweise auf dem seinerzeiti-

gen Sofortprogramm beruht. An diesem ständerätlichen Gegenvorschlag wurde einiges geändert. So wurde zum Beispiel erfreulicherweise die Prämienungleichheit für Frauen und Männer statuiert. Der Gegenvorschlag erlitt in unserer Kommission aber auch Verschlechterungen. Insbesondere sollte das Bonus-System darin verankert werden.

Einem solche Element in einer Krankenversicherungsgesetzgebung, die sich sozial nennen will, könnten wir nie zustimmen. Es ist letztlich und genau gesehen ein Schlag ins Gesicht der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, also genau jener Solidarität, die Grundlage der Krankenversicherung sein muss. Dass die Kommission die Beratung des ständerätlichen Gegenvorschlages schliesslich ausgesetzt hat, bis der Bericht der Expertenkommission für die Totalrevision vorliegt, hat aber noch einen anderen Grund:

Hier muss ich nun unserem Befremden darüber Ausdruck geben, wie sich der Bundesrat und Verwaltungsvertreter in dieser Parlamentskommission verhalten haben. Es war durchaus bekannt, dass der Bundesrat dem indirekten Gegenvorschlag des Ständerates nicht sehr positiv gegenüberstand. Aber dieser Gesetzestext ist uns vom Ständerat nun einmal unterbreitet worden, und schliesslich hatten wir die Freiheit, darauf einzutreten oder nicht. Nachdem wir – ohne grosse Begeisterung – darauf eingetreten waren, mussten wir feststellen – der Kommissionspräsident hat es erwähnt –, dass Bundesrat und Verwaltung jegliche Mitarbeit schlicht verweigerten. Wenn Exekutive und Verwaltung gegenüber dem Parlament zu solchen Methoden des passiven Widerstandes greifen, dann stimmt etwas nicht; vor allem ist es dem gegenseitigen Vertrauen, von dem in den letzten Tagen so viel die Rede war, nicht förderlich. Herr Bundesrat Cotti, Sie sind ja nicht gerade als uncharmanter Mensch bekannt. Das ist erfreulich. Charmante Politikerinnen und vor allem auch charmante Politiker sind immer etwas Erfreuliches. Sie hätten es doch sicher in der Hand gehabt, Ihre politischen Ziele auf etwas charmantere Art durchzusetzen.

Die Kommission hat also die Beratung des ständerätlichen Gegenvorschlages ausgesetzt, bis der Bericht der Expertenkommission für die Totalrevision vorliegt. Die SP-Fraktion stellt hohe Anforderungen an diese Totalrevision. Wir verlangen das Obligatorium im Sinne der Solidarität zwischen alt und jung, der Solidarität zwischen Frauen und Männern, der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken. Wir verlangen aber auch die Solidarität zwischen arm und reich, wie es unsere Initiative mit der Forderung nach Beiträgen gemäss wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit vorsieht.

Sollte dieses Ziel auf anderem Weg als über Lohnprozente erreicht werden, so werden wir die Lösung sehr genau ansehen. Beim Festhalten an Kopfprämien werden wir insbesondere keine zivilstandsabhängigen Lösungen akzeptieren. Hingegen erachten wir die Privilegierung von Haushalten mit Kindern als richtig und unbedingt nötig, zum Beispiel durch eine völlige Prämienbefreiung für Kinder, wie es unsere Initiative übrigens vorsieht.

Es ging – ich will nicht wiederholen, was der Berichterstatter erläutert hat – in der Kommission darum, den kleinsten gemeinsamen Nenner zu finden. Dieser Nenner liegt bei 1,3 Milliarden Franken Bundesbeiträgen, die bis Ende 1994 beschränkt sind. Die Höhe dieses Betrages orientiert sich am ständerätlichen Gegenvorschlag. Aber die Kommissionsmehrheit will ganz bewusst keine anderen Artikel in das Gesetz aufnehmen oder modifizieren. Sie will für die Beiträge lediglich eine generelle Zielsetzung.

In der Kommission wurde – Sie haben es bereits verschiedentlich gehört – aufgrund der aussergewöhnlichen Situation die richtige Lösung noch nicht gefunden. Die Kommissionsmehrheit beantragt in der Fahne noch die Subventionserhöhung ohne Bedingungen. In der Zwischenzeit – Sie haben es auch schon wiederholt gehört – hat die Kommissionsmehrheit ihren Antrag gemäss diesem Antrag von vier Ratsmitgliedern, der Ihnen vorliegt, modifiziert. Für die zusätzlichen 300 Millionen Franken soll eine klare Zielsetzung aufgenommen werden. Die zusätzlichen Mittel sind zu verwenden, um der Desolidarisierung zwischen den Versicherten verschiedener Altersgruppen und Geschlechter entgegenzuwirken.

Die SP-Fraktion hätte diesem Abänderungsantrag nicht zugestimmt, wenn darin die Solidarität zwischen den Geschlechtern nicht ausdrücklich erwähnt worden wäre.

Neu ist die Möglichkeit der Beitragsdifferenzierung nach Altersstufen vorgesehen innerhalb der bereits heute ausgerichteten Beiträge für versicherte Erwachsene. Das ist der neue Buchstabe c in Absatz 1 von Artikel 38bis. Der Bundesrat soll die Ausführungsbestimmungen erlassen. Das Parlament bestimmt eine klare Zielrichtung.

Sollte gesagt werden, das Parlament kapituliere damit, so sind wir nicht einverstanden. Es ist eine klassische und richtige Aufgabenteilung zwischen Parlament und Bundesrat, dass das Parlament die Zielsetzungen definiert und der Bundesrat die entsprechenden Ausführungsbestimmungen erlässt.

Die SP-Fraktion stimmt der Kommissionmehrheit, modifiziert durch den Antrag der vier Ratsmitglieder, den Sie auf Ihren Tischen finden, zu und bittet Sie, dasselbe zu tun.

**Hildbrand:** Die CVP-Fraktion lehnt die Volksinitiative «Für eine finanziell tragbare Krankenversicherung» – Krankenkassen-Initiative – ab. Gleichzeitig will sie es aber nicht bei einem blanken Nein bewenden lassen.

Im Sinne eines Uebergangs zu einer grundlegenden Neuordnung möchte sie den Krankenkassen und ihren Versicherten einen erhöhten Beitrag des Bundes sprechen und diesen Beitrag an minimale Bedingungen knüpfen, welche der verkümmerten Solidarität im Bereich der Sozialversicherung entgegenwirken.

Die CVP-Fraktion bedauert, dass auf dem zentralen Gebiet der sozialen Krankenversicherung der Durchbruch zu einer notwendigen Neuordnung trotz bald jahrzehntelangem Ringen nicht erfolgt ist.

Die Notwendigkeit einer Revision ist nicht kleiner geworden, im Gegenteil. Dass in der politischen Landschaft keine Ruhe eingeleitet ist, bezeugen auch zwei einschlägige Volksinitiativen. Die eine von ihnen steht heute zur Diskussion. Die CVP-Fraktion lehnt die Volksinitiative ab und bestätigt damit die Haltung, welche ihre Mitglieder bereits im Ständerat eingenommen haben.

Die am 30. April 1985 eingereichte Volksinitiative mit ihren rund 390 000 Unterzeichnern zeigt deutlich, dass dieses Problem ungelöst ist. Es wäre äusserst kurzsichtig, wollte man dieses ungewöhnlich hohe Ergebnis nicht ernst nehmen. Dennoch lehnt die CVP-Fraktion die Initiative ab.

Vorerst halten wir fest: Eine neue Verfassungsgrundlage brauchen wir nicht. Die bestehende Verfassungsgrundlage reicht völlig aus, um das Gesetz wunschgemäss, auch im Sinne der Initianten auszugestalten. Die Initianten fügen dem bestehenden Artikel 34bis einige weitere Abschnitte an.

Es zeigt sich rasch – da teilen wir die Auffassung des Bundesrates –, dass die Uebergangsbestimmungen das eigentliche Kernstück der Initiative sind: Im Klartext verlangt sie, dass wir ab 1991 wiederum zum Zustand der un plafonierten Bundesbeiträge zurückkehren sollten. In Zahlen ausgedrückt: Wir würden 1991 etwa 2,475 Milliarden Franken ausbezahlen, Budget 1990: 995 Millionen Franken, und in fünf Jahren wäre wohl die 3-Milliarden-Grenze erreicht. Zwar könnte diese Regelung dann durch ein neues Gesetz auf der Grundlage des Volksinitiativtextes abgelöst werden. Es ist aber schwerlich denkbar, dann die Bundesbeiträge wiederum zu kürzen.

Aus der Sicht des Bundeshaushalts kann man den Weg in dieser Richtung nicht freigeben. Zwar müssen wir zugeben, dass der Bund auf dem Rücken der sozialen Krankenversicherung bedeutende Einsparungen – und zwar wie sonst nirgends – vornehmen konnte. Wären die Bundesbeiträge an die Krankenkassen weiterhin so geflossen, wie das bis zur Plafonierung 1974 der Fall war, dann hätte dies den Bund bis heute mehrere Milliarden mehr gekostet. Eine solche Argumentation dürfte bei den Versicherten, welche in den vergangenen Jahren Prämienhöhungen empfindlich zu spüren bekommen haben, nicht unpopulär sein.

Der Antrag des Bundesrates, die Initiative abzulehnen und es dabei bleiben zu lassen, konnte die CVP-Fraktion nicht überzeugen. Die CVP-Fraktion hat sich daher überzeugt hinter einen Gegenvorschlag auf Gesetzesstufe gestellt, wie er von un-

serem Ständerat Huber in der Kleinen Kammer erfolgreich vertreten wurde.

Die ständerätliche Fassung hat gegenüber der Volksinitiative den grossen Vorteil, dass sie konkret vorschreibt, wie die Bundessubventionen zu verwenden sind. Sie begegnet dem Problem der Desolidarisierung, das sich ja deshalb vergrössert, weil zunehmend ältere Menschen die Leistungen beanspruchen und damit die Kosten steigern.

Einige Punkte seien noch erwähnt, auch wenn wir heute annehmen müssen, dass sich das ständerätliche Projekt in unserem Rat nicht durchsetzt: die Ausdehnung der Pflichtleistung im ambulanten Bereich bei Spitex und Prävention; die Aufhebung der Aussteuerung; ein neues System für die Vergütung im stationären Bereich; bei der Subventionierung sollen Personen im AHV-Alter besser berücksichtigt werden.

Die CVP-Mitglieder gingen mit der Absicht an die Kommissionsarbeit, dem zweckmässigen Vorschlag des Ständerates zum Durchbruch zu verhelfen. Es erwies sich jedoch rasch, was wir bedauern, dass die nationalrätliche Kommission nicht bereit war, sich im Rahmen des ständerätlichen Vorschlages zu bewegen. Die Kommission griff praktisch alle offenen Fragen auf und schlitterte in eine Totalrevision hinein, für die sie nicht vorbereitet war.

Als Bundesrat Cotti die Expertenkommission Schoch auf die Reise schickte, brach der von allem Anfang an bescheidene Wille, den ständerätlichen Vorschlag durchzuziehen, zusammen. Auf der Fahne sehen Sie den Antrag der Mehrheit. Er bedeutet einen auf rein finanzielle Erhöhung beschränkten Gegenvorschlag. Das ist für uns nicht annehmbar, weil er die erhöhte Subvention in alle alten Kanäle fliessen lässt. Demgegenüber enthält der Minderheitsantrag eine klare Anweisung im Sinne des Ständerates und nach sozialpolitischen Gesichtspunkten.

Unsere Fraktion ist heute bereit, den Vorschlag Früh/Haller/Rychen/Segmüller zu unterstützen und so Hand zu bieten für eine breit abgestützte Verständigung. Der Verständigungsvorschlag setzt immerhin Akzente, welche als Anweisungen für das Handeln des Bundesrates wegweisend sind. Aus unserer Sicht enthält er das Minimum, dem wir noch zustimmen können.

Zum Schluss: Nach den neuesten Äusserungen wird die Initiative offenbar nicht zurückgezogen. Wir sind daher froh, dass unlängst eine Expertenkommission ans Werk gegangen ist, um überzeugende Leitplanken für eine Gesamtrevision der Krankenversicherungsgesetze zu setzen. Wir hoffen, dass die Aussicht auf ein gutes, neues Gesetz, das in absehbarer Zeit vorliegen soll, und der kleine Gegenvorschlag, den wir heute unterstützen, das Vertrauen des Volkes finden – und dass dies zur Ablehnung der Volksinitiative führen wird.

**Frau Stocker:** Verpasste Chancen kommen im Leben und manchmal auch in der Politik teuer zu stehen. Was auf dem Gebiet der Krankenversicherung in den Wachstumsjahren verpasst worden ist und durch gewisse Kreise bei der Abstimmung vom 6. Dezember 1987 einen Scherbenhaufen verursachte, hat dazu geführt, dass niemand so richtig Lust verspürt, diesen Scherbenhaufen aufzuwischen. Die einen holen zwar den Subventionsklebstoff im Bundeshaus – er funktioniert offensichtlich teilweise –, um notdürftig wieder etwas Ganzes herzustellen. Andere formen aus den Reststücken ein eigenes Schmuckkästchen, und wieder andere warten auf das grosse Geschenk, das Herr Cotti irgendeinmal unter den Weihnachtsbaum legen wird. So lässt sich soziale Gesundheitspolitik einfach nicht machen!

Die grüne Fraktion ist in einer komfortablen Lage. Es ist das erste Mal, dass wir zur Gesundheitspolitik sprechen. Wir haben also noch keine Alterslasten mitzutragen. Aber wir sind auch nicht in das Bundesratsparteienkartell eingebunden, welches in den letzten Tagen in einer Art permanenten Wandelhallenkommission getagt hat. Wir sind also Fundis, Herr Bundesrat, und befinden uns dabei in guter Gesellschaft mit Ihnen. Wir sind nämlich für eine Totalrevision der Krankenkassenversicherungen und hoffen auf eine speditive Arbeit der Kommission Schoch, wie es die ursprüngliche vorberatende Kommission für Soziale Sicherheit unseres Rates auch getan hat. Die

Beratungen haben wir nicht abgeschlossen, sondern lediglich sistiert.

Die Haltung der grünen Fraktion ist grossmehrheitlich die folgende: Nein zur Krankenkassen-Initiative, weil ein nicht mehr taugliches System noch mehr zu ölen und zu schmieren auch nicht viel hilft. Nein leider auch zum Vorschlag und zum Antrag unserer Kollegin Susanne Leutenegger Oberholzer, weil er in dieselbe Richtung geht. Nein zum Gegenvorschlag des Ständerates. Er entspringt der gutgemeinten Optik eines älteren Gesundheitsdirektors, was eben auch nur eine Optik ist. Ja hingegen zum Vierergespann der Bundesratsparteien. Es ist ein knurrendes Ja der Grünen, denn es besteht die Gefahr, dass mit der Subventionsaufstockung vielleicht doch die Motivation etwas abgebaut wird, wirklich an die Totalrevision heranzugehen. Aber wir bleiben bei der Fundi-Haltung.

Die Revision muss kommen. Sie hat sich für die grüne Fraktion an folgenden vier Kriterien zu orientieren:

1. Was Gesundheit ist, definieren die Patientinnen und Patienten selbst und niemand sonst. Die Definitionsmacht geben wir weder dem Aertztekartell noch dem Krankenkassenkonkordat ab.

2. Die Krankenkassen haben es verpasst, Konsumentinnen- und Konsumentenorganisationen zu sein. So kommt es, dass häufig die Patientinnen und Patienten vor ihren Kassen in Schutz genommen werden müssen. Elternorganisationen Behinderteter, Patientenorganisationen und Angehörigenselbsthilfe sind dringlich. Die grüne Politik postuliert daher die Interessenvertretung der Betroffenen. Sie fordert den Krankenkassenfrühling.

3. Was medizinische Dienstleistungen sind, muss breiter diskutiert werden als bisher und nicht im Machtkartell der bisherigen Dienstleistungserbringer. Erfahrungsmedizin, spitalexterne Dienstleistungen, Leistungen an Langzeitpatientinnen und -patienten sind ebenso zu gewichten wie Chemie und klassische Medizin.

4. Unser Gesundheitssystem steht und fällt nicht mit dem Geld. Mittelfristig steht und fällt es mit der Personalfrage. Wenn die Personal- und Berufsverbände des Krankenpflegepersonals, wenn die dringlichen Anliegen der Pflegenden nicht ebenso ernstgenommen werden wie die Forderungen anderer, werden wir Mitte der neunziger Jahre leere Spitäler und leere Krankenhäuser haben, weil wir niemanden mehr finden, der für einen anständigen Lohn eine gute Pflege erbringen will.

Ich habe für diese Krankenschwestern und Krankenpfleger ein gewisses Verständnis. Im Arroganzmythos, der sich im Gesundheitswesen gebildet hat, sind sie in schwächster Position. Ohne sie geht aber letztlich nichts. Wenn Ihnen niemand mehr eine Tasse Tee ans Bett bringen wird, meine Damen und Herren, werden Sie auch Ihr Aspirin nicht mehr schlucken können.

Der Grünen Politik will, dass die Krankenversicherungsrevision speditiv an die Hand genommen wird. Die Grünen sind daher froh, dass nur eine Sistierung der Arbeit erfolgt ist.

Herr Bundesrat, wir bitten Sie, nehmen Sie uns Fundis diesmal ernst, auch wenn alte Kühe geschlachtet werden müssen und vielleicht ein paar Heiligenscheine angekratzt werden. Diesmal würde Ihnen die Grüne Partei helfen. Da wir aber ganz realistische und brave Parlamentarierinnen und Parlamentarier geworden sind, werden wir uns als die Kleinen selbstverständlich den Grossen anschliessen. Wir stimmen dem Bundesratsparteienkartell selbstverständlich zu.

**M. Massy:** Au vu du programme chargé, permettez-moi d'être bref.

L'initiative populaire «pour une assurance-maladie financièrement supportable» est plus connue sous le nom d'initiative des caisses-maladie et doit être considérée comme telle. Je pense que chacun d'entre nous est au courant du but que veut atteindre cette initiative déposée en 1985 et signée par 400 000 citoyennes et citoyens, qui ferait passer les charges de la Confédération de 985 millions à 2,5 milliards de francs. Rappelons aussi que l'initiative déposée par l'Union syndicale et le Parti socialiste suisses est encore en suspens.

Le «niet» populaire d'il y a juste deux ans avait balayé vingt ans

d'efforts pour tenter de remédier à une situation préoccupante en matière d'assurance-maladie. «Perseverare diabolicum» dit le proverbe, et les caisses-maladie n'ont pas compris que le peuple n'a pas voulu d'un projet de révision étatiste, et qu'il n'est pas prêt à céder.

Divers groupements réfléchissant à ses solutions fondées sur une conception plus libérale des soins et de l'assurance sont au travail. Un bref rappel s'impose. Le texte de 1987 prévoyait un accroissement des pouvoirs des caisses-maladie, un affaiblissement du secret médical et de la liberté de choix du médecin et des moyens thérapeutiques par un renforcement du contrôle dit économique, notamment des traitements. Il ouvrirait en outre la voie à une étatisation progressive du secteur hospitalier, en octroyant par exemple aux cantons le droit de fixer des planifications obligatoires englobant aussi les cliniques privées. Il faut donc respecter la volonté populaire. Le texte du Conseil des Etats est censé servir de contre-projet direct à l'initiative des caisses-maladie et ces dernières n'ont pas manifesté leur intention de retirer cette initiative.

L'Union syndicale suisse juge, selon ses propres termes, de façon très critique cette version «réchauffée» et estime qu'elle fait fausse route. Quant aux opposants d'hier, leurs critiques restent évidemment de mise. Où est donc le prétendu consensus? La désignation par le Conseil fédéral d'une commission d'experts chargée de préparer la révision totale de l'assurance-maladie a quelque peu troublé la commission qui propose d'ajourner d'une année l'examen du contre-projet élaboré par le Conseil des Etats. L'initiative des caisses-maladie est clairement rejetée par les commissaires, par 20 voix contre zéro. La discussion a porté ensuite sur des variantes qui nécessitent chaque fois des calculs longs et difficiles de la part de l'administration.

La commission s'est donc concentrée sur un amendement qui propose l'augmentation des subventions fédérales qui passeraient ainsi à un 1,3 milliard de francs. C'est la proposition que nous avons reçue et qui est signée de Mmes et MM. Früh, Haller, Rychen et Segmüller. Un compromis temporaire, sage, et dans le juste milieu, qui permet de soigner la plaie mais probablement pas de guérir le mal.

Au nom du groupe libéral, je vous demande donc: premièrement, de repousser l'initiative dite des caisses-maladie et d'en proposer le rejet au peuple; deuxièmement, de permettre à la commission d'experts du Conseil fédéral de présenter son projet d'ici à septembre 1990; troisièmement, d'approuver la proposition Früh et consorts demandant de porter le subside de la Confédération limité à cinq ans de 945 millions à 1,3 milliard de francs, et, quatrièmement, de repousser la proposition Leutenegger Oberholzer, qui soutiendrait entièrement le projet dit «pour une assurance-maladie financièrement supportable».

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

*Schluss der Sitzung um 12.35 Uhr  
La séance est levée à 12 h 35*

## Zwölfte Sitzung – Douzième séance

Mittwoch, 13. Dezember 1989, Nachmittag  
Mercredi 13 décembre 1989, après-midi

15.00 h

Vorsitz – Présidence: M. Ruffly

88.014

### Krankenkassen-Initiative Initiative des caisses-maladie

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 2113 hiervoor – Voir page 2113 ci-devant

**Rychen:** Ich bin der Meinung, dass wir in der Schweiz ein Gesundheitswesen von hoher Qualität haben. Das muss in dieser Debatte auch einmal gesagt werden. Es hat übrigens in den zwei letzten Jahrzehnten einen gewaltigen Ausbau gegeben. Ich möchte das mit zwei Beispielen illustrieren:

1. Die Aertzehzahl: 1970 hatten wir auf 10 000 Einwohner 9 Aerzte. Siebzehn Jahre später, 1987, waren es bereits 15 Aerzte.
2. Die Spitalangestellten: 1970 hatten wir auf 10 000 Einwohner 114 Spitalangestellte. 1987 waren es bereits doppelt so viele, nämlich 227.

Die Konsequenzen aus dieser Entwicklung sind allerdings im Kostensektor bedenklich. Seit über zwanzig Jahren ist nämlich die Teuerung im Gesundheitswesen weit über dem Durchschnitt des Landesindex für Konsumentenpreise. Damit liegt die Schweiz ganz eindeutig an der Spitze aller Industrienationen. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass Volksinitiativen auf dem Tisch liegen. Die Krankenkassen-Initiative ist aus meiner Sicht so etwas wie ein Hilfeschrei.

Wenn wir schon nicht auf die Krankenkassen-Initiative eintreten können und auch nicht wollen, so müssen wir doch mittelfristig eine Totalrevision anstreben. Die eingesetzte Expertenkommission Schoch ist an der Arbeit. Aber ich möchte Sie bitten, Illusionen nicht nachzurennen. Warum?

Es geht auch bei der Totalrevision um einen jährlichen Markt von 20 Milliarden Franken, um den gekämpft wird. Das Aufeinanderprallen von starken Interessengruppen könnte zu einer Null-Lösung führen, wenn wir nicht in der Lage sind, uns politisch zu einigen, und zwar über die Parteigrenzen hinaus. Die Referendumsdemokratie setzt nämlich sehr oft schon früh Grenzen. Die eigentliche Nagelprobe steht diesem Parlament noch bevor, auch dem Souverän. Es wird dann auch ums Sparen gehen. Es wird um die Eingrenzung von Leistungsausbau gehen, um vermehrte Eigenverantwortlichkeit der Bürger, auch im finanziellen Bereich. Und dies wird weh tun; dies wird sehr weh tun. Dessen müssen wir uns bewusst sein.

Zur Begründung des Antrages Früh/Haller/Rychen/Segmüller sind nochmals Zahlen nötig: Von 1964 bis 1986 stiegen die Krankenpflegekosten um das Vierfache der Konsumentenpreise und um das Zweieinhalbfache der Löhne. Man kann es auch anders ausdrücken: Während die Schweizer heute viermal mehr Lohn haben, müssen sie dafür zehnmal mehr für die Krankenpflege bezahlen. Dazu kommt eine zweite Entwicklung, die sehr wichtig ist, die beachtet werden muss. Der Finanzierungsanteil durch die sozialen Krankenversicherungen ist von ursprünglich 22 Prozent auf heute 30 Prozent gestiegen. In der gleichen Zeit wurde der Finanzierungsanteil der öf-

fentlichen Hand von ursprünglich 45 Prozent auf heute noch 32 Prozent reduziert. Im Klartext heisst das: Es hat eine Verlagerung der Kostentragung vom Steuerzahler zum Prämienzahler gegeben. Dies war seinerzeit der Wille dieses Parlamentes. Ich spreche damit die Plafonierung der Subventionen im Krankenversicherungsbereich an.

Diese Politik hat aber auch ihre Konsequenzen: Man hat der Entsolidarisierung weiteren Vorschub geleistet und diese Entwicklung verschärft. Die heutige Entwicklung gefährdet eindeutig die soziale Krankenversicherung. Ich glaube, es ist sogar nötig, hier wieder einmal zu sagen, was man unter «sozial» im Bereich der Krankenversicherung versteht. Es heisst auf deutsch nichts anderes als: Gesunde helfen, die Lasten der Kranken zu tragen, und Junge helfen mit, die Lasten der Alten zu tragen. «Sozial» heisst nicht, einfach alles nur dem Staat zu überantworten. In diesem Sinn ist die Solidarität unbedingt zu erhalten.

Der Antrag Früh/Haller/Rychen/Segmüller ist geeignet, der Entsolidarisierung entgegenzutreten. Der Kompromissantrag ermöglicht es dem Bundesrat eindeutig, bisherige und neue Subventionen vor allem für den Generationenvertrag einzusetzen. Wir wissen, dass dieser Antrag nicht alle Probleme löst. Die heissen Eisen kommen noch. Aber die vorliegende Lösung ist wenigstens auf der Seite der Subventionen ein richtiger Schritt in die richtige Richtung.

Im Namen der SVP-Fraktion beantrage ich Ihnen, diesen Antrag der Bundesratsparteien zu unterstützen. Er ist finanziell verantwortbar, ist auf fünf Jahre begrenzt, präjudiziert die Totalrevision keineswegs und liegt sozialpolitisch richtig.

**Hafner Rudolf:** Es scheint, dass sich da ein Konsens in Richtung des Vierervorschlags abzeichnet, und es scheint ebenso, dass sich jetzt alles ein bisschen in Wonne auflöst und man das Gefühl entwickelt, die Probleme seien gelöst. Das ist aber sicher nicht so.

Die Krankenversicherung ist ein sehr grosses Problem und wird auf weite Sicht noch ein grosses Problem bleiben. Stichworte: die Kostenexplosion und die steigenden Prämien, aber auch die Entmenschlichung der Medizin und die Probleme im Bereiche der Pflege.

Man kann sich fragen, woher diese Probleme kommen. Als häufigste Stichworte werden Eigenverantwortung und Solidarität genannt:

Es ist ja so, dass heute fast jeder, wenn er irgend etwas hat, die Rechnung einfach gleich den Krankenkassen übergibt und dass praktisch keine Eigenverantwortung mehr getragen wird. Das andere, die Solidarität, verschwindet in der grossen Masse. Auch derjenige, der gesundheitsbewusst lebt oder zum Beispiel Naturheilmedizin beansprucht, die durchaus sehr wirkungsvoll sein kann, finanziert die ganze Hochtechnologie und die Ueberverarztung mit.

Solidarität könnte doch heissen, dann zu helfen, wenn jemand wirklich finanziell in Not ist. Das ist heute bei weitem nicht bei allen Schweizern der Fall.

Man müsste auf lange Sicht wahrscheinlich die ganze Krankenversicherung neu strukturieren, weil der Wurm im Grundsätzlichen liegt. Beispielsweise kann man nicht von Solidarität dort sprechen, wo es darum geht, ein Medikament zu bezahlen, was heute von der Grundversicherung abgedeckt ist.

Kürzlich ist in der Bundesrepublik Deutschland eine Studie erschienen, wonach der Bereich der Naturheilmedizin, auch Erfahrungsmedizin genannt, bedeutend kostengünstiger und auch effizienter arbeitet als die orthodoxe Schulmedizin.

Ich möchte dazu Bundesrat Cotti die Frage stellen, ob bei dieser neuen Kommission Schoch, die die Grundsätze in der Krankenversicherung überarbeitet, dieses Element der Kostensparung mittels Naturheilmedizin und Erfahrungsmedizin auch einbezogen wird. Das ist etwas, was auf Erfahrung beruht; und Umfragen haben gezeigt, dass rund die Hälfte der Schweizer Bevölkerung Naturheilmedizin schätzt und auch für sich anwendet und sie durchaus, trotz gewisser Bedenken der elitären Schulmedizin, als wirksam erfährt und keine schädlichen Nebenwirkungen feststellt.

Es ist ja so, dass heute rund ein Drittel der Leute in den Spitälern – und auch ausserhalb – krank sind wegen sogenannt ia-

trogenen Ursachen; das heisst, dass die Krankheit durch Arzt oder Medikamente verursacht ist. Wir sollten da wieder etwas mehr auf den gesunden Instinkt des Volkes hören.

**Mme Pitteloud:** Je voudrais revenir brièvement sur les trois points de décision que nous avons à prendre aujourd'hui et qu'a cités le rapporteur de langue française.

Tout d'abord, à propos de l'initiative du concordat des caisses-maladie, si l'on ne peut que constater que cette initiative ne résout rien et qu'il n'est pas possible d'accorder sans autre les augmentations de subvention qu'elle réclame, il faut néanmoins rappeler que c'est en privant les caisses-maladie depuis 1977 de pas moins de 7 milliards de subventions transférées sur le dos des assurés qu'on a créé la situation actuelle et provoqué le lancement de cette initiative. C'est pourquoi en commission, il ne m'a pas été possible de la rejeter tout simplement – je me suis abstenue – et il ne m'a pas été possible, non plus, de partager les arguments de la majorité et du Conseil fédéral qui décrètent que les revendications de l'initiative, soit un retour à la situation de 1974, seraient absolument insupportables pour les finances de l'Etat.

Ce qui me paraît insupportable actuellement, c'est bel et bien la situation de certains assurés, en particulier les familles, les personnes âgées ou de condition modeste, car ce système d'assurance-maladie n'est pas social puisqu'il ne tient compte ni des revenus ni de la composition de la famille. Le Conseil fédéral le reconnaît d'ailleurs lui-même dans son message en disant que, pour certaines catégories d'assurés, la situation n'est plus supportable.

Un ancien conseiller d'Etat vaudois a fort justement écrit à ce propos que l'on se trouve dans un système où le pourcentage des ressources des ménages qu'il faut consacrer à l'assurance-maladie est d'autant plus élevé que les revenus sont faibles, c'est-à-dire un système où l'on applique un taux progressif à rebours: plus on est modeste, plus on doit consacrer d'argent aux cotisations de caisse-maladie; il écrivait aussi que l'on a procédé à un rétablissement partiellement réussi des finances fédérales à l'aide d'un impôt sur la pauvreté. Cela est réel et il faut le rappeler.

Il n'est donc pas possible, au moment où certains prétendent alléger les banques du droit de timbre sur certaines opérations et déléster ainsi la caisse fédérale d'un milliard ou plus – sans trop poser la question posée tout à l'heure par M. Couchepin: où va-t-on trouver cet argent? ni parler de catastrophe pour les finances fédérales – de rejeter sans autre l'initiative des caisses-maladie sans revenir avec insistance sur les économies qui ont été réalisées à ce moment-là à mauvais escient et contre notre volonté.

De la même façon, nous ne pouvions pas accepter le contre-projet des Etats, sorte de reprise du programme d'urgence, que nous n'avions d'ailleurs admis à l'époque que dans la mesure où la majorité de ce Parlement l'avait apparié dans un mariage contre nature à l'assurance-maternité. Ce contre-projet ne change rien au principe, il ne se prononce pas sur l'obligation d'assurance ni sur l'organisation du système ou sur son financement, et surtout il ne propose aucune mesure mettant un frein au problème actuel numéro un de l'assurance-maladie, à savoir la désolidarisation galopante entre les générations, la concurrence effrénée entre les caisses, la chasse aux bons risques, et une situation qui voit de nombreuses petites caisses faire faillite en laissant des assurés âgés dans une situation humaine et financière catastrophique: ce sont des gens qui ont payé leurs cotisations et qui se retrouvent dans une situation très difficile.

L'acceptation du contre-projet n'aurait pu que retarder les mesures importantes que ne manquera pas de proposer la commission d'experts qui planche sur la révision totale dont M. Cotti, conseiller fédéral, a fixé les grandes lignes – contrairement aux habitudes antérieures – grandes lignes qui nous paraissent aller dans la bonne direction. Je crois que les différentes instances en présence réalisent que c'est un peu la tentative de la dernière chance et que, si cette révision ne voit pas le jour, notre assurance-maladie n'a tout simplement aucun avenir.

Dans ce sens, je crois que la proposition de la majorité de la commission via la proposition Früh/Haller/Rychen/Segmüller est équilibrée et permet de parer au plus pressé sans hypothéquer le futur et sans préjuger les travaux de la commission d'experts.

Ce relèvement de subvention, destiné à renforcer la solidarité entre les assurés des différents groupes d'âge et des deux sexes, est favorable. Je voudrais dire en revanche à Mme Leutenegger Oberholzer que si nous sommes bien évidemment d'accord sur le fond de sa proposition – nous avons voté l'égalité des cotisations au sein de la commission – il ne nous semble pas sage de faire voter le Parlement sur cet objet à l'heure actuelle. La commission a choisi, et cela nous paraît prudent, de suspendre ses travaux en attendant le résultat de la commission d'experts, et voter aujourd'hui sur cet objet-là est prématuré. Cet objet fait partie des grandes lignes proposées par le conseil fédéral et c'est pourquoi nous ne pouvons pas le voter ici.

**Frau Leutenegger Oberholzer:** Das Krankenkassen-Malaise in der Bevölkerung steigt. Gekennzeichnet wird die heutige Situation – es wurde verschiedentlich gesagt – durch die Prämienerhöhung und eine unsoziale Finanzierung. Die soziale Krankenversicherung verdient den Namen sozial längst nicht mehr.

Eine grundlegende Reform ist nötig, das ist unbestritten. Sie war bislang aber blockiert. Gleichzeitig werden die Bevölkerungsschichten mit den tiefsten Einkommen durch die ständigen Prämienrückführungen, die sich wie eine Kopfsteuer auswirken, zunehmend belastet.

Diese Situation ist unhaltbar, dies um so mehr, als die Krankenversicherungsfinanzierung in den letzten Jahren immer unsozialer wurde: Die Gesundheitskosten sind aus verschiedensten Gründen gestiegen, die Bundesbeiträge aber sind seit 1974 bzw. 1976 plafoniert, und die Kantone bzw. Gemeinden haben diese Situation nicht etwa ausgeglichen, sondern durch steigende Spitaltaxen noch verschärft. Die Prämienexplosion ist nicht nur auf Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zurückzuführen, sondern – Herr Rychen hat ebenfalls darauf hingewiesen – vor allem auf die zunehmende Umverteilung der Lasten von der öffentlichen Hand auf die Versicherten.

Professor Gilliland von der Universität Lausanne errechnet allein für die Periode 1976–1984 bei der Beteiligung der öffentlichen Hand an den Gesundheitsleistungen einen Abbau von 45 auf 37 Prozent. Inzwischen dürfte der Anteil auf 32 Prozent gesunken sein. Als Folge davon wurden die Kopfprämien laufend erhöht. Dieser Prozess kann so nicht weitergehen. Es braucht eine grundlegende Revision der Krankenversicherung. Der Entwurf, den Bundesrat Cotti vorgeschlagen hat, ist dazu durchaus eine diskussionswürdige Grundlage. Er sieht u. a. ein Versicherungsobligatorium vor, gleiche Krankenkassenprämien für Frau und Mann, volle Freizügigkeit. Wichtig ist vor allem auch, dass die Konkurrenz der Kassen um die guten Risiken endlich gestoppt wird und dass die Finanzierung sozialer wird. Die Beiträge müssen wieder für alle Einkommen tragbar werden. Dazu müssen sie nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit abgestuft werden.

Bis eine grundlegende Revision aber Wirklichkeit wird, dürften noch Jahre vergehen. In der Zwischenzeit braucht es meines Erachtens eine namhafte Entlastung der Versicherten bei der Finanzierung. Genau das bringt uns die Krankenkassen-Initiative des Konkordates, auch wenn sie uns leider inhaltlich – darin bin ich mit meinen Vorrednerinnen und Vorrednern einig – keinerlei Fortschritte bringt und fantasieelos ist: Sie rüttelt nicht am Grundsatz der unsozialen Finanzierung mittels Kopfprämien; sie bringt auch keine Gleichstellung der Geschlechter; sie trägt nur unwesentlich zur Kostendämpfung bei, und sie ist sicher auch nicht verfassungswürdig. Aber – und das ist eine Tatsache – sie entlastet die Versicherten, indem die Bundessubventionen stark erhöht werden. Das ist dringend nötig, belasten doch die Krankenkassenprämien heute die Einkommen von Familien genauso wie zum Beispiel die steigenden Mietzinsen.

Es ist deshalb zu begrüßen, dass die Kommission der Initiative einen indirekten Gegenvorschlag mit zeitlich befristeten erhöhten Bundesbeiträgen gegenüberstellen will.

Ebenso zu unterstützen ist der neue Antrag der Nationalrätinnen und Nationalräte Früh, Rychen, Haller und Segmüller, der einen gezielten Einsatz der Subventionen verlangt.

Um eine wirkliche Prämienentlastung zu bewirken, sind aber 1,3 Milliarden Franken ungenügend. Deswegen beantrage ich Ihnen, dass die Bundesbeiträge bis zum Abschluss der Totalrevision wieder auf das Niveau angehoben werden, wie es vor der Plafonierung gegolten hat. Ich werde den Antrag im einzelnen noch begründen. Gleichzeitig müssen endlich auch die gleichen Prämien für Frau und Mann verwirklicht werden. Sollten die Krankenkassensubventionen nicht genügend erhöht werden, bleibt wohl nur die Unterstützung der Krankenkassen-Initiative als Alternative. Ich bin auch überzeugt, dass die Initiative in einer allfälligen Volksabstimmung gute Chancen hätte.

**Fierz:** Alle wollen mehr Geld in das Gesundheitswesen hineinpumpen, von dem ich abhängig bin. Ich lege meine Interessenbindung offen: Ich lebe vom Gesundheitswesen. Die Krankenkassen und Frau Leutenegger Oberholzer wollen 2,5 Milliarden Franken Bundessubvention. Man rechne sich das einmal aus. Das macht 400 Franken pro Kopf der Bevölkerung an Steuerbelastung aus, die wir irgendwie aufbringen müssen. Für eine Familie sind das durchschnittlich 1600 Franken im Jahr.

Der Vorschlag Früh/Haller/Rychen/Segmüller mag zwar politisch klug und der eidgenössische Kompromiss sein. Aber ich muss ihn ablehnen. Wir sprechen immer nur von der Einnahmenseite des Gesundheitswesens. Mich interessiert seit Jahren aber die Ausgabenseite. Die Ausgaben explodieren nicht nur wegen Ueberalterung und erhöhten Ansprüchen, sondern sie explodieren auch, weil alle ökonomischen Signale, alle marktwirtschaftlichen Kräfte in diesem Gesundheitswesen auf Expansion und Wachstum zielen und weil keine Bremsen eingebaut sind. Wir wissen bereits seit 15 Jahren, dass man bremsen könnte. Wir hätten Zeit gehabt für Versuche. Es ist ein Versagen der Politiker und der Krankenkassen, wenn nie etwas in dieser Richtung unternommen wurde. Ich zähle stichwortartig solche Bremsmanöver auf:

1. Es kämen marktwirtschaftliche Elemente in Frage wie die HMO oder auch das sogenannte KKB-Modell, wo man die schwarzen Schafe unter den Aerzten vom Markt ausschliesst und dafür den Versicherten einen Prämienrabatt gewähren würde.

2. Es kämen Kostenkontrollen in den Spitälern in Frage wie die Honorierung nach Diagnose und nicht nach Spitalaufenthalt, wie dies in Amerika praktiziert wird. Manche Privatkliniken in Amerika gingen wegen dieser neuen Honorierungsmethode Pleite.

3. Es käme die Aufklärung der Patienten in Frage, die die Krankenkassen, wenn sie wahre Konsumentenschutzorganisationen wären, auch machen würden. Ich kann ein eindrückliches Beispiel aufzeigen. In einem Bericht des Tessiner Sanitätsdepartementes, der mit Hilfe des Nationalfonds erstellt wurde – also eine hochoffizielle Studie –, wird die Häufigkeit der Gebärmutteroperationen bei der Normalbevölkerung und bei Aerztinnen erfasst. Bei den Aerztinnen wird die Gebärmutter ungefähr halb so oft entfernt wie bei normalen Leuten. Diese Studien, die in Lugano oder in Bellinzona greifbar sind, wurden ausgeweitet. Wenn Sie die Operationshäufigkeit bei Familienangehörigen von Aerzten nachsehen, werden weniger Mandeln geschnitten, weniger Gallenblasen entfernt usw. Hier kann doch etwas nicht stimmen!

Daraufhin wurde im Kanton Tessin eine Oeffentlichkeitskampagne durchgeführt, worauf die Häufigkeit der Gebärmutterentfernungen beim Durchschnitt der weiblichen Bevölkerung auf die Häufigkeit dieses Eingriffs bei den Aerztinnen sank.

Nicht wahr, Herr Rychen, Sparen im Gesundheitswesen tut nicht weh, im Gegenteil. Wir haben viel weniger Schmerzen, wenn wir etwas vernünftiger indizieren. Ich werde das Gefühl nicht los, dass die von den Krankenkassen mehr verlangten 10 Prozent genau das darstellen, was wir für Ueberverzehrung

ausgeben. Wir dürfen diese Milliarden nicht geben; sondern wir sollten mit dem, was wir haben, weiterleben und uns überlegen, ob wirklich alles, was wir machen, nötig ist.

**Spälti:** Ich habe mit Interesse den Ausführungen von Herrn Fierz zugehört, und es ist mir dabei wieder klar geworden, welch immense Aufgabe im Zusammenhang mit der Totalrevision der ganzen Krankenversicherung vor uns steht.

Die Urheber dieses Einigungsvorschlages, glaube ich aber, haben ja nicht behauptet, dass sie jetzt eine Lösung für die Zukunft haben, sondern sie wollen eine Uebergangslösung vorschlagen. Es ist doch offensichtlich, dass die heutigen Bundesbeiträge an die Krankenkassen nicht mehr genügen, damit diese die vom geltenden Gesetz – das muss man unterstreichen: vom geltenden Gesetz – auferlegten Pflichten erfüllen können.

Im Zusammenhang mit diesem Einigungsvorschlag möchte ich zwei Punkte aufwerfen, die mir doch wesentlich scheinen, auch wenn man ihn positiv beurteilt.

Der Vorschlag sieht zum einen vor, dass die zusätzlichen Mittel zu verwenden sind, um der sogenannten Entsolidarisierung zwischen den Versicherten verschiedener Altersgruppen und Geschlechter entgegenzuwirken. Ich habe gesagt, ich wende mich nicht gegen diese Idee, sie wird auch eine gewisse Signalwirkung haben. Die Bestimmung ist ja richtigerweise eine Zwischenlösung, bis eben die Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes erfolgt sein wird. Aber sie muss auch eine Zwischenlösung bleiben, und zwar aus folgenden Gründen:

Bereits nach dem geltenden Gesetz dienen die Bundesbeiträge ja dazu, die Prämien aller Versicherten – ich sage ausdrücklich: aller Versicherten, ohne Berücksichtigung ihrer finanziellen Lage – zu verbilligen. Und nun sollen nach der neuen Idee, um der sogenannten Entsolidarisierung entgegenzuwirken, z. B. speziell die Betagten mehr Subventionen erhalten, ganz gleichgültig, in welcher finanziellen Situation sie sich befinden. Und da muss man nun aufpassen: Dieses System erweist sich eben nur sehr bedingt als sozial und wirtschaftlich vernünftig. Es ist nämlich nicht richtig, Betagte generell mit Bedürftigen gleichzusetzen, denen die Prämien mit Steuergeldern verbilligt werden müssen. Ziel der Totalrevision muss es dann nämlich sein, dass alle Versicherten, die finanziell in der Lage sind, risikogerechte Prämien zu bezahlen, dies eben auch tun sollen – unabhängig davon, ob sie nun jung oder alt, Mann oder Frau, gesund oder krank sind. Oder mit anderen Worten: die endgültige Lösung muss darauf abzielen, dass eben die finanziell Schwächeren von den Subventionen profitieren; nur das ist nämlich eine soziale Verteilung der Bundessubventionen.

Es ist also dringend notwendig, dass die Totalrevision in dieser Richtung wirklich einen sozialen Fortschritt bietet und die Bundessubventionen den wirtschaftlich schwächeren Versicherten vorbehalten bleiben. Das ist weder heute der Fall, noch wird es, trotz dem Fortschritt dieser Einigungslösung, bei dieser Zwischenlösung der Fall sein.

Und ein zweiter Gedanke im Hinblick auf diese Totalrevision: Sie muss den Krankenkassen einen grösseren unternehmerischen Aktionsradius einräumen. Die Kassen müssen weniger verwaltet und mehr unternehmerisch geführt werden. Die behördliche Aufsicht sollte sich im wesentlichen auf Eckwerte der Tarifgestaltung und auf die Solvenz der Kassen – im Sinne eines langfristigen Schutzes der Versicherten – beschränken. Für gut geführte Kassen sollten eben finanzielle Anreize geschaffen werden. Sie gesetzlich zu Ausgleichsbeiträgen an schlecht wirtschaftende Kassen zu verpflichten, wie dies schon vorgeschlagen wurde, ist volkswirtschaftlich problematisch. Denken wir daran: Vom Gesetz her müssen wir die Versicherten schützen und nicht die Kassen!

Ich bin durchaus für ein Ja zu dieser befristeten Erhöhung der Bundesbeiträge und zum Versuch, der Entsolidarisierung einen kleinen Schritt entgegenzuwirken. Für mich muss aber das Ziel die Totalrevision bleiben, und zwar mit Verwirklichung einer bezüglich Verteilung der Subventionen wirklich sozialen Krankenversicherung und in unternehmerisch geführten Kassen.

**Reimann Fritz:** Ich glaube, der Antrag, der uns als Gegenvorschlag Früh/Haller/Rychen/Segmüller unterbreitet wird, ist wohl in der momentanen Situation das Vernünftigste, was wir beschliessen können.

Wir sollten das Bestreben von Herrn Bundesrat Cotti für eine Gesamtrevision der Krankenversicherung nicht zum voraus präjudizieren. Aus diesem Grunde empfehle ich Ihnen, nicht auf den Vorschlag des Ständerates einzutreten. Dieser enthält ohnehin sehr umstrittene und unausgereifte Elemente, die zum Teil von Mitgliedern unserer Kommission zusätzlich eingebracht wurden, wie z. B. das Bonussystem. Das Bonussystem allein wäre genügend Grund für ein Referendum, weil es nicht in eine soziale Krankenversicherung gehört. Das ist keine Drohung. Aber man muss die Dinge sehen, wie sie sind: Das Problem der Kostenexplosion im Gesundheitswesen können wir kaum damit lösen, dass wir den Leuten sagen, sie sollen weniger zum Arzt gehen. Tatsache ist, dass wir eine starke Zunahme von alten Leuten haben. Mit zunehmendem Alter treten auch vermehrte Gesundheitsbeschwerden auf und damit auch die Notwendigkeit medizinischer Versorgung und ärztlicher Betreuung. Das ist eine Folge unseres Wohlstandes, und wir müssen auch bereit sein, die finanziellen Auswirkungen dieser Entwicklung zu tragen.

Mit dem Bonussystem belohnen wir diejenigen, welche das Glück haben, gesund zu sein, mit Prämienreduktionen. Den Ausfall müssen die kranken und alten Leute tragen, die neben der Last der Krankheit auch noch die Last der höheren Prämien zu tragen haben. Es wäre ohnehin unverantwortbar, solche Vorschläge in einem unüberlegten Schnellverfahren zu beschliessen. Ich hoffe, es werde Herrn Bundesrat Cotti auch gelingen, dieses unsoziale Bonussystem von seinem Revisionsentwurf fernzuhalten.

Mit dem Gegenvorschlag wird eine befristete Finanzierung angestrebt. Im Hinblick auf eine Gesamtrevision muss eine definitive Finanzierung an die Reformbereitschaft der Krankenkassen als Träger der sozialen Krankenversicherung gekoppelt werden.

Diese Reformbereitschaft vermissen wir bei der Initiative des Konkordates. Sie enthält in erster Linie die Forderung an den Bund nach mehr Geld. Eine Annahme der Initiative würde die Probleme des Krankenversicherungswesens nicht lösen und eine Gesamtrevision verhindern oder wenigstens verzögern. Der Gegenvorschlag Früh/Haller/Rychen/Segmüller enthält auch das wichtige Element der Solidarität zwischen jung und alt und zwischen Männern und Frauen. Damit können die finanziellen Probleme bis zur Gesamtrevision überbrückt und die grössten Härten wenigstens etwas gemildert werden.

Ich bitte Sie deshalb, dem Gegenvorschlag Früh/Haller/Rychen/Segmüller zuzustimmen.

**Frau Segmüller:** Vieles gäbe es zu sagen zum Thema Krankenversicherung. Dass die Initiative nicht die Lösung der Probleme bringt, ist betont worden. Es ist klar, dass sie abzulehnen ist.

Ebenso klar ist aber, dass wir nicht darauf warten können, bis eine grosse Revision, wie sie Bundesrat Cotti in die Wege geleitet hat, greifen kann. Die Kassen brauchen jetzt mehr Geld, das ist unbestritten. Sowohl die Mehrheit der Kommission als auch die Minderheit haben das eingesehen und haben sich bereit erklärt, mehr Beträge zuzusprechen. Worin lagen denn die Differenzen? Ich muss sagen, ich war sehr erstaunt über den ursprünglichen Antrag Früh, der mehr Gelder einfach in die alten Schläuche giessen wollte. Genau jene Partei, die nicht müde wird, sich über Giesskannen-Subventionen zu ärgern – zu Recht übrigens –, war bereit, mehr Gelder in diese alten Kanäle zu giessen.

Die Minderheit wollte, auf dem Vorschlag des Ständerates aufbauend, Weisung geben, wohin Subventionen zu fliessen hätten.

Ich bin sehr froh darüber, dass sich die vier Parteien letztlich darin gefunden haben, welcher Betrag zusätzlich zu den bisherigen Subventionen gegen die Entsolidarisierung einzusetzen ist. Diese Wirkung kann erzielt werden, weil aufgrund der Umpolung die Subventionen – die sowohl für Frauen als auch für Männer bereits jetzt gesprochen werden – für den Alters-

ausgleich eingesetzt werden und zur Folge haben, dass Neugründungen für Kassen mit guten, jungen Risiken weniger attraktiv werden. Das ist ein nicht zu unterschätzender, wichtiger Effekt dieser Neuverteilung der Subventionen. Er präjudiziert, aber eben in die gute Richtung: für eine grosse Revision.

Im übrigen können wir doch nicht erwarten, dass sich etwas ändern wird, wenn wir keine Experimente einzugehen bereit sind; als solches wissenschaftlich zu begleitendes Experiment ist auch ein befristeter Versuch mit einer Bonusversicherung, mit einer HMO-Versicherung zu werten. Ich hoffe sehr, dass der Bundesrat bereit ist, einen solchen Versuch zuzulassen. Er hat – wenn er richtig durchgeführt wird – keine Entsolidarisierung zur Folge, sondern er könnte die Kassen von unnötigen Bagatellfällen wirkungsvoll entlasten.

Es ist unbestritten, dass unser Gesundheitswesen gesamthaft gut ist; ebenso unbestritten ist aber, dass es kostet. Und unbestritten müsste sein, dass der einzelne bereit sein muss, dort mehr Verantwortung zu übernehmen, wo er sie tragen kann.

Ich hoffe, dass ein Konsens in dieser Richtung gefunden werden kann, wenn es um die grosse Revision gehen wird. Nur dann werden wir die Kosten in den Griff kriegen. Mittlerweile soll als unbedingt notwendige Zwischenlösung der gemeinsame Vorschlag der vier Regierungsparteien zur Milderung des Kostendruckes bei den Kassen beitragen, und ich bitte Sie daher, diesem Kompromiss zuzustimmen.

**Müller-Aargau, Berichterstatter:** Ich bin froh, dass sich die Diskussion auf die vorliegenden Vorlagen konzentriert hat und nicht eine lange Debatte über Giesskannen- und Gartenschlauchprinzip entstanden ist, wie wir das in der Kommission zum Teil erlebt haben.

Zum Verständigungsvorschlag: Das Erstgeburtsrecht, das zum Teil beansprucht worden ist, spielt hier keine Rolle. Es ist tatsächlich eine Zusammenarbeit, und ich habe diese Zusammenarbeit am Rande – und am Schluss auch noch als Mitglied – miterlebt. Ich möchte daher den Ausdruck der Bundesratsparteien «Kartell» zurückweisen. Es ist eine echte Zusammenarbeit gewesen, und es haben alle ihren Beitrag geleistet, von den verschiedensten Seiten ist etwas beigetragen worden. Die Namen der Antragsteller sind in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt. Der Vorschlag ist das Ergebnis der Einsicht, dass Bundesbeiträge oder Erhöhungen der Subventionen nicht realisiert werden dürfen, ohne dass man auch die Verwendung der Mittel festlegt. Dies liegt heute als möglicher Konsens vor.

Es ist richtig, dass von Frau Haller und von den Herren Hafner und Rychen an die Adresse des Bundesrates und der Kommission Schoch heute schon Anliegen, Vorschläge und Kritiken im voraus angebracht werden: Das alles kann dann in der grossen Revision behandelt werden. Ich betone «grosse Revision»; ich habe nie das Wort «Totalrevision» verwendet, ich habe es auch noch nie von Herrn Bundesrat Cotti gehört. Aber heute ist das Wort «Totalrevision» immer wieder verwendet worden. Vielleicht hat Herr Bundesrat Cotti dazu etwas zu sagen.

In bezug auf das Votum von Herrn Hildbrand habe ich noch einiges anzufügen: Es ist tatsächlich so, dass die CVP in der Kommission versucht hat, den Vorschlag des Ständerates zu verteidigen. Ein Antrag aus dem Kreise der CVP lag vor und ist abgelehnt worden. Es ist richtig, dass von dieser Seite her versucht worden ist – auch in der Kommission –, auf jeden Fall eine Kanalisierung der Bundesbeiträge vorzunehmen. Ich muss das deswegen sagen, weil ich in einem Interview in einer Tageszeitung falsch zitiert worden bin. Es hiess dort, dieser Antrag des Ständerates sei von niemandem in der Kommission getragen worden. Das ist falsch; ich habe gesagt, er sei von niemandem präsentiert und verteidigt worden, weil der Ständerat eben selber nicht in der nationalrätlichen Kommission vertreten war. Das war meine Aussage.

Im weiteren möchte ich noch Frau Stocker von der Fraktion der Fundis – sie hat selber immer wieder diesen Ausdruck gebraucht – eine Antwort geben: Ich glaube nicht, dass dieser Vorschlag die grosse Revision verzögert, das ist kaum möglich. Erstens haben wir eine Befristung auf fünf Jahre, und

zweitens ist die Ausrichtung eine lineare; das bedeutet, dass das ganze System mit den Jahren immer mehr in Zugzwang kommt, und deswegen glaube ich nicht, dass das zu einer Verzögerung beitragen kann.

Die Voten von Herrn Rychen und Herrn Hafner haben im Grunde genommen gezeigt, dass man unter qualitativ gutem Gesundheitswesen ganz Verschiedenes verstehen kann. Das wird, glaube ich, der Kommission Schoch einiges zu denken geben, und sie wird sich dazu einiges einfallen lassen müssen.

Auf das Votum von Frau Leutenegger Oberholzer werde ich eingehen, sobald sie ihren Antrag begründet hat.

Zu Herrn Fierz möchte ich doch sagen: Wenn schon ein Schwarzer Peter gesucht wird, dann gibt es unter den Schuldigen neben den Politikern und den Krankenkassen auch noch die Aerzte. Es ist sehr einfach, immer von einigen schwarzen Schafen zu sprechen, aber es geht auch um die Anzahl der schwarzen Schafe, denn unter Umständen sind sie doch in grösserer Zahl vorhanden, als man hier immer meint. Jedenfalls werden jene das Ihre auch beigetragen haben, dass das Ausgabenwachstum immer grösser wird.

Zu Herrn Spälti möchte ich noch ergänzen, dass wirtschaftliche Elemente hier auch mitgespielt haben. Immerhin sind eine Reihe von kleinen und kleinsten Kassen von grossen Kassen aufgesogen worden. Damit ist also eine Subventionierung nicht unbedingt ein Am-Leben-Erhalten von kleinen Kassen. Auf der anderen Seite möchte ich aber doch auch darauf hinweisen, dass niemand behauptet hat, dass das, was wir momentan machen können, bereits eine sozialere Krankenkasse schafft, sondern es ist das, was jetzt gerade not tut. Schuld an der sogenannten «Entsolidarisierung» tragen die schlechten und guten Risiken und nicht die Desolidarisierung zwischen Arm und Reich. Auf diese Art und Weise müssen gewisse Kassen tatsächlich erhalten bleiben, die durchaus Ueberlebenschancen haben, wenn ein Ausgleich zwischen den schlechten und guten Risiken stattfinden kann.

Ich bin ein glücklicher Präsident, der froh ist über den zustande gekommenen Konsens. Zu diesem Konsens haben viele beigetragen. Ich hätte eigentlich den Auftrag, Ihnen den Antrag der Kommission zu empfehlen. Ich muss das von Amtes wegen tun; es muss darüber abgestimmt werden. Ich empfehle Ihnen – wie das mein Auftrag ist – diesen alten Mehrheitsantrag der Kommission zur Annahme und hoffe gleichzeitig, dass er in dieser Form keine einzige Stimme bekommt.

In dieser glücklichen Situation bin ich und hoffe, dass Sie den Verständigungsantrag annehmen werden.

**Bundesrat Cotti:** Ist es nicht ein wahrhaft historisches Ereignis, was heute hier im Nationalrat passiert? Zum ersten Mal seit Jahrzehnten einigt sich das Parlament, und zwar das Zentrum wie die verschiedenen Flügel, hinter einer Vorlage der Krankenversicherung.

Aber gleich noch ein Wort der Ernüchterung: Wenn Sie sich nicht einmal in bezug auf die Verteilung zusätzlicher Gelder einigen könnten, frage ich mich, wo noch eine Einigung in Krankenkassenfragen möglich ist.

In dieser Frage kann ich Ihnen keine rosaroten Horizonte zeichnen. Ich werde Ihnen auch sagen warum. Aber lassen Sie mich zuerst einmal auf einige Punkte eingehen, die uns die jüngste Geschichte der Krankenversicherung hat erleben lassen. Ich wage folgende Behauptung:

Mindestens in der klaren Darstellung der Verfahren darf man dem Bundesrat keine Vorwürfe machen. In unserer Botschaft vom Februar 1988 haben wir Ihnen klar mitgeteilt, dass der Bundesrat keinen Gegenvorschlag zu einer Krankenkassen-Initiative wünscht und diese zur Ablehnung empfehlen möchte. Er selber möchte so rasch wie möglich zu klaren Aufträgen kommen. Was die Richtung betrifft, wollen wir nicht um Worte streiten. Wird es eine kleine Totalrevision, eine grosse Partialrevision sein? Ich weiss es nicht. Es wird eine Revision sein, die in die Tiefe geht und auch die Strukturen und die Finanzierung berühren wird. Diesen Auftrag wollte der Bundesrat so rasch wie möglich erteilen. Aufgrund von vier sehr wertvollen Expertenberichten – ab und zu braucht auch der Bundesrat einen Experten – hat er den definitiven Auftrag zur Aus-

arbeitung einer Botschaft und eines Revisionsentwurfes erteilt.

Was ist aber inzwischen passiert? Das Parlament hat in sehr redlicher Art und Weise versucht, in dieser heiklen Frage das Seinige beizutragen. Angefangen hat der Ständerat mit einer Vorlage, die grosso modo die abgelehnte Sofortprogrammvorlage nachahmte und einige gute Ideen enthielt. Der Bundesrat und ich selbst hatten Mühe, Frau Haller, einem Vorschlag zu folgen, der wenige Monate nach einem klaren Volksentscheid dasselbe Problem wieder aufgriff. Es stimmt nicht ganz, was Sie da meinen: Materiell hätten wir uns mit dem Antrag des Ständerates, der aber sicher nicht sehr viel gebracht hätte, abfinden können; zumindest hätte er nichts präjudiziert.

Die Nationalratskommission hat in fünf Sitzungen um eine Lösung gerungen. Sie sehen, wie sehr man sich darum bemüht hat, zu einer Lösung zu kommen. Ich habe aber den Eindruck gehabt, dass die Kommission den Bogen zu weit gespannt hat. Sie versuchte in vier, fünf Sitzungen das zu erledigen – nämlich ungefähr eine Revision –, wofür wir in aller Bescheidenheit einige Jahre rechnen. Es war wahrscheinlich schon ein Ding der Unmöglichkeit, von der Kommission mehr als diese redlichen Bemühungen zu erwarten.

Die Verwaltung, Frau Haller, hat beim Ständerat wesentlich dazu beigetragen, dass ein Vorschlag gefunden worden ist. Ueber den Vorschlag kann man geteilter Meinung sein, aber die Dienstleistung, die von der Verwaltung erwartet werden kann, hat sie durchaus erbracht.

Viel weniger leicht war es angesichts der – ich möchte das sagen – weniger optimistischen Stimmung und der Meinungsverschiedenheiten in der nationalrätlichen Kommission, zu irgendeiner Hilfe zu kommen. Was den Bundesrat betrifft, werden Sie ihm doch gestatten, im Rahmen der Aufgabenteilung seine Aufgabe zu machen und voll Respekt der Kommission, die sich bemüht, zuzuschauen.

Das möchte ich Ihnen auf Ihre charmante Kritik erwidern.

Es kam dann zu den Aufträgen an die Kommission Schoch. Ich möchte diese materiellen Aufträge heute nicht wieder ansprechen, aber einige Elemente muss ich doch erwähnen, weil wir ohne diese sicher nicht zu Resultaten kommen werden. Das erste Element bleibt die Tatsache, dass man im Sinne der Solidarisierung an den Strukturen der Krankenversicherung und auch an ihrer Finanzierung etwas ändern muss. Sie kennen die Vorschläge des Bundesrates. Es wird jetzt die schwierige Aufgabe der Kommission Schoch sein, hier in die Tiefe zu gehen und zu präzisieren.

Zu den verschiedenen bisherigen Scherbenhaufen möchte ich folgendes sagen: Sie sind ausnahmslos auf die Tatsache zurückzuführen, dass die sehr entgegengesetzten Interessen nie zu einer einvernehmlichen mittleren Lösung geführt haben. Wir haben die Hoffnung, dass Herr Schoch und seine Kommission bis zum gesetzten Termin – Ende September des nächsten Jahres – eine vernünftige und massvolle Revision bringen werden, welche absolut undogmatisch ist – also nicht irgendwelchen voreingenommenen Meinungen folgt – und uns gestattet, in der nächsten Zeit die wesentlichen Uebel der Krankenversicherung zu beheben. Und unter diesen Uebeln gibt es eines, welches hervorsteht, das wissen Sie alle. Es ist sicher nicht die Qualität der Dienstleistungen. Herr Rychen hat recht, wenn er sagt, wir verfügen über ein ausgezeichnetes System der Sanität. Das Uebel ist vielmehr der Trend zur Entsolidarisierung, welcher natürlich besonders schwachen Gliedern dieser Gesellschaft zum Verderben wird.

Ich habe auch gesagt «undogmatisch», Herr Reimann: Ich möchte nicht dem vorgreifen, was der Bundesrat in bezug auf die bei Ihnen verpönte Bonusmöglichkeit und auch auf andere Elemente – neue Versicherungsformen, HMO usw. – beschliessen wird. Aber eines kann ich Ihnen sagen. Ich vertrete hier, wie immer in aller Offenheit, meine persönliche Meinung: Wenn auch das Bonussystem, welches Sie verurteilen – ich würde sagen, auch etwas voreilig –, ganz offensichtlich gewisse nachteilige Elemente beinhaltet, hat es aber auch einige Elemente, die sich durchaus sehen lassen können. Von mir aus steht auf alle Fälle fest, dass man in diesem Land oft auch unnötigerweise zur Medizin greift. Wenn hier gewisse Vorkeh-

rungen getroffen werden, so müsste man dies zumindest nicht vor einem Versuch verurteilen.

Wenn sich der Bundesrat für diese Lösungen entschliessen würde, so würde er das nur probeweise tun. Er würde sie genau beobachten lassen und nach einigen Jahren der wissenschaftlichen Begleitung prüfen, ob die befürchteten Nachteile nicht etwa von den Vorteilen übertroffen werden.

Man wird also sehen, wer letzten Endes recht hat. Wir dürfen nicht noch dogmatischer an diese Frage herangehen. Wir müssen auch etwas wagen; wir wagen es mit dem Obligatorium. Wir können zumindest einige Versuche auf der anderen Seite machen. Ich habe am Anfang gesagt, das Parlament einigt sich: Je 300 Millionen Franken sind während fünf Jahren den Krankenkassen zusätzlich zu entrichten. Ich betrachte diese Lösung als korrekt und annehmbar, auch wenn ich nicht immer unbedingt dieser Meinung gewesen bin. Im Ständerat habe ich bereits namens des Bundesrates mitgeteilt, dass einer massvollen Erhöhung der Bundesbeiträge in einem Sektor, der einen Rekord an Einsparungen des Bundes seit den siebziger Jahren erbracht hat, zugestimmt werden könnte. In keinem Sektor hat das Parlament in den letzten zehn Jahren solche Einsparungen vorgenommen wie in demjenigen der Krankenversicherung. Deshalb scheint diese Ueberbrückung angemessen.

Ich will offen mit Ihnen sprechen. Ein Bedenken hegte ich ursprünglich. Wenn man etwas als Vorschuss leistet, läuft man Gefahr, die Bereitschaft des Bezügers zu einer grösseren einvernehmlichen Lösung zu reduzieren. Ich will mich noch klarer ausdrücken: Wenn man die Krankenkassen mit diesen Beiträgen stärkt, sind sie vielleicht – wer weiss es, Herr Rychen – weniger für den Kompromiss in der Kommission Schoch und in der parlamentarischen Beratung zu haben. Wir dürfen und müssen aber den Krankenkassen das Vertrauen schenken und darauf bauen, dass sie, obwohl sie heute in den Genuss einer massvollen Erhöhung der Beiträge gelangen, morgen genauso motiviert an die Aufgabe herangehen werden.

Ich möchte nicht als Prophet erscheinen, wenn ich meine, dass nach Ablauf der Frist von fünf Jahren – im Moment, wo man wahrscheinlich mit der Lösung Schoch/Bundesrat/Parlament rechnen könnte – die finanzielle Situation wieder vermehrte Zuschüsse erfordern wird.

Deshalb bin ich einverstanden mit dem gemeinsamen Antrag Früh/Segmüller/Haller/Rychen. Dieser Antrag berücksichtigt nun auch, was der Bundesrat von Anfang an gefordert hat: dass die erhöhten Bundesbeiträge nicht nach dem Giesskannenprinzip verteilt werden, Herr Früh, sondern dass sie gezielt eingesetzt werden.

Ich möchte allen Antragstellern für die wesentliche Arbeit, die sie geleistet haben, danken.

Diese zusätzlichen 300 Millionen Franken pro Jahr werden also in den nächsten fünf Jahren den älteren Versicherten und den Frauen zugute kommen. Ich biete Gewähr dafür, dass der Bundesrat, an den Sie die Verteilung delegieren, dazu Sorge tragen wird. Wir werden dabei prüfen, wo zwischen diesen beiden Elementen, denen wir Rechnung zu tragen haben, die Akzente zu setzen sind. Persönlich meine ich bei erster Betrachtung – behaften Sie mich nicht darauf –, dass bei der Frage des Alters ein gewisser Akzent gesetzt werden müsste.

Damit komme ich zum Schluss. Ich zitiere Herrn Rychens Feststellung: «Die eigentliche Nagelprobe steht noch bevor.» Als Herr Früh heute von guten Chancen und einer Situation sprach, die manche Hoffnungen offenlässt, hatte ich etwas Angst. Ich bin der Auffassung, dass uns wirklich noch alles bevorsteht. Der Bundesrat hat versucht, seine Vorschläge gezielt und zeitgerecht einzubringen. Ob es aber gelingen wird, entgegen den in den letzten zwanzig Jahren gemachten Erfahrungen die verschiedenen Interessen wirklich auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen, möchte ich dahinstellen. Ich möchte zwar nicht Pessimismus predigen. Wir wollen alles daran setzen, damit eine Revision endlich durchkommt. Ich möchte aber sehr mässig mit rosaroten Voraussagen umgehen. Es steht noch harte Arbeit bevor. Ich lade Sie ein, Ihren Beitrag daran zu leisten.

Heute, in diesem offenen und konstruktiven Klima, glaube ich, dass Sie schon einen ersten Beitrag geleistet haben. Er wird

aber nicht genügen. Entscheidend ist, dass jeder mithilft, wo immer er auch hier sitzt.

Wenn diese Uebung misslänge, wüssten wir wirklich nicht mehr, was zu unternehmen wäre. Wir wären der nationalrätlichen Kommission, die ihre Arbeiten sistiert hat, sehr dankbar, wenn sie dann die Lösung bringen könnte. Abgesehen von unmöglichen Abenteuern – unter anderem der Krankenkassen-Initiative, deren Verwerfung ich Ihnen empfehle – ist ein Weg vorgezeigt worden, den es einzuschlagen gilt.

#### **A. Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für eine finanziell tragbare Krankenversicherung (Krankenkassen-Initiative)»**

**Arrêté fédéral sur l'initiative populaire «pour une assurance-maladie financièrement supportable (initiative des caisses-maladie)»**

*Eintreten ist obligatorisch*

*L'entrée en matière est acquise de plein droit*

**Le président:** La discussion de détail interviendra après nos prises de position sur les arrêtés B et C.

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

*Antrag der Kommission*

Sistierung der Beratungen über den indirekten Gegenentwurf des Ständerates bis zum Vorliegen der Arbeiten der Expertenkommission Schoch.

*Proposition de la commission*

Suspension des délibérations relatives au contre-projet indirect du Conseil des Etats jusqu'à la présentation des travaux de la Commission d'experts Schoch.

*Zustimmung – Adhésion*

**C. (neu)**

**C. (nouveau)**

*Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen*

*Le conseil décide sans opposition d'entrer en matière*

*Detailberatung – Discussion par articles*

**Titel**

*Antrag der Kommission*

Allgemeinverbindlicher Bundesbeschluss zur befristeten Anhebung der Subventionen an die Krankenkassen vom ....

**Titre**

*Proposition de la commission*

Arrêté fédéral de portée générale relatif à l'augmentation temporaire des subventions aux caisses-maladie du ....

*Angenommen – Adopté*

**Ingress**

*Antrag der Kommission*

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft beschliesst:

**Préambule**

*Proposition de la commission*

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse arrête:

*Angenommen – Adopté*

**Ziff. I Ingress**

*Antrag der Kommission*

Das Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

**Ch. I préambule***Proposition de la commission*

La loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie est modifiée comme il suit:

*Angenommen – Adopté**Anträge der Kommission  
Mehrheit***Art. 35, 36, 36bis, 37, 37bis, 38**

Ablehnung der Anträge der Minderheit

**Art. 38bis**

Die Bundesbeiträge nach den Artikeln 35 bis 38 dürfen die jährliche Höchstgrenze von insgesamt 1,3 Milliarden Franken nicht übersteigen. Würde diese Höchstgrenze aufgrund der Beitragsregelung der Artikel 36 und 37 überschritten, so ist der Satz für den einzelnen Betrag entsprechend herabzusetzen.

**Uebergangsbestimmungen**

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Minderheit*

(Segmüller, Baggi, Basler, Hildbrand, Keller, Luder, Schnider, Widrig)

**Art. 35***Randtitel*

M. Beiträge der öffentlichen Hand

## I. Bundesbeiträge

## 1. Lastenausgleich

*Abs. 1*

Der Bund gewährt den Kassen in der Krankenpflegeversicherung jährlich einen Beitrag zur Erleichterung einer ausgewogenen Lastenverteilung unter den Mitgliedern. Dieser bemisst sich nach der Zahl der im AHV-Alter stehenden Mitglieder und ist abgestuft nach dem Anteil dieser Mitglieder am gesamten Mitgliederbestand einer Kasse in der Krankenpflegeversicherung.

*Abs. 2*

Der Bund kann bei Kassen mit einem geringen Anteil an Mitgliedern im AHV-Alter einen Beitrag von höchstens einem Prozent der Prämieinnahmen der Krankenpflegeversicherung erheben. Er verwendet diesen Beitrag zur zusätzlichen Erhöhung des Bundesbeitrags nach Absatz 1 bei Kassen mit einem hohen Anteil an Mitgliedern im AHV-Alter.

*Abs. 3*

Der Bund gewährt den Kassen einen jährlichen Beitrag für Rentner der Invalidenversicherung, die länger als 60 Tage ununterbrochen in Spitalpflege sind. Dieser Beitrag bemisst sich nach der Zahl der Spitaltage.

*Abs. 4*

Der Bundesrat bestimmt die Einzelheiten.

*Abs. 5, 6*

Aufgehoben

**Art. 36***Randtitel*

## 2. Beiträge für Frauen

## a. Mutterschaft

*Wortlaut*

In der Krankenpflegeversicherung gewährt der Bund den Kassen einen Beitrag je Wochenbett.

**Art. 36bis***Randtitel*

## b. Kostenausgleich

*Wortlaut*

Der Bund gewährt den Kassen in der Krankenpflegeversicherung jährlich einen Beitrag zum teilweisen Ausgleich der höheren Krankenpflegekosten der Frauen. Der Beitrag an die einzelne Kasse bemisst sich nach der Zahl der versicherten Frauen; bei der Festsetzung wird der im Landesmittel errechnete Unterschied zwischen den Kosten der Krankenpflegeversicherung der Frauen und der Männer berücksichtigt.

**Art. 37***Randtitel*

## 3. Beiträge für Kinder

*Abs. 1*

Der Bund gewährt den Kassen in der Krankenpflegeversicherung jährlich einen Beitrag zur Ermässigung der Mitgliederbeiträge der Kinder. Als Kinder gelten Versicherte bis zum vollendeten 16. Altersjahr.

*Abs. 2*

Der Bundesbeitrag nach Absatz 1 wird nur gewährt, wenn die Kasse für das dritte und die folgenden Kinder einer Familie keine Beiträge für die Krankenpflegeversicherung erhebt.

**Art. 37bis***Randtitel*

## 4. Wartgelder

*Wortlaut*

Der Bund übernimmt in Berggebieten nach dem Bundesgesetz vom 28. Juni 1974 über Investitionshilfe für Berggebiete die Hälfte der Wartgelder, welche die Kantone, Gemeinden und Kassen an Aerzte ausrichten.

**Art. 38***Randtitel*

## II. Beiträge der Kantone

*Abs. 1*

Die Kantone gewähren Beiträge für wirtschaftlich schwächere Versicherte, um deren Mitgliederbeiträge zu verbilligen. Sie umschreiben den Kreis der wirtschaftlich schwächeren Versicherten und das Ausmass der Verbilligung der Mitgliederbeiträge.

*Abs. 2*

Die Kantone übernehmen ferner die Mitgliederbeiträge für die Krankenpflegeversicherung und die Kostenbeteiligung, wenn deren Bezahlung für den Versicherten oder den Unterhaltspflichtigen eine grosse Härte bedeuten würde.

*Abs. 3*

Kantonen mit geringer Finanzkraft und einem hohen Anteil an Berggebieten vergütet der Bund einen Teil der Beiträge nach Absatz 1. Der Bundesrat bezeichnet die berechtigten Kantone und den Vergütungssatz. Er kann die Vergütung davon abhängig machen, dass der Kanton die Prämien um ein Mindestmass verbilligt.

**Art. 38bis***Randtitel*

## III. Höhe der Bundesbeiträge

*Wortlaut*

Die Höhe der jährlichen Beiträge des Bundes und der hierfür benötigten Kredite werden unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung in der Krankenpflegeversicherung durch einfachen Bundesbeschluss für drei Jahre festgesetzt.

**Uebergangsbestimmungen***Bst. d*

Bundesbeiträge in den ersten drei Jahren nach Inkrafttreten

*Abs. 1*

Die Beiträge des Bundes für ein bestimmtes Jahr sind jeweils im darauffolgenden Jahr auszurichten.

*Abs. 2*

Im Jahr des Inkrafttretens der Gesetzesänderung vom .... gilt der Bund den Kassen und Rückversicherungsverbänden den für das Vorjahr geschuldeten Restbeitrag nach altem Recht vollständig ab. Er gewährt ihnen einen zusätzlichen Beitrag, so dass die ausbezahlte Summe 1300 Millionen Franken beträgt.

*Abs. 3*

Für das Jahr 1991 und 1992 beträgt der Bundesbeitrag nach Artikel 38bis 1300 Millionen Franken. Davon entfallen auf Beiträge nach:

Artikel 35	Fr. 424 000 000
Artikel 36	Fr. 129 000 000
Artikel 36bis	Fr. 630 000 000
Artikel 37	Fr. 95 000 000
Artikel 38 Absatz 3	Fr. 22 000 000

*Propositions de la commission*  
Majorité

**Art. 35, 36, 36bis, 37, 37bis, 38**  
Rejeter les propositions de la minorité

**Art. 38bis**

Les subsides fédéraux au sens des articles 35 à 38 ne doivent pas dépasser la limite maximale de 1,3 milliard de francs par année. Si cette limite devait être dépassée en vertu des dispositions relatives aux subsides au sens des articles 36 et 37, il conviendrait de réduire de manière correspondante les taux desdits subsides.

**Dispositions transitoires**

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Minorité*

(Segmüller, Baggi, Basler, Hildbrand, Keller, Luder, Schnider, Widrig)

**Art. 35**

*Titre marginal*

M. Subsides des pouvoirs publics

I. Subsides fédéraux

1. Compensation des charges

*Al. 1*

Pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, la Confédération alloue aux caisses un subside annuel qui est destiné à faciliter une répartition équitable des charges entre les membres. Celui-ci se détermine d'après le nombre d'assurés qui ont atteint l'âge donnant droit à une rente de vieillesse de l'AVS et s'échelonne selon l'importance de cet effectif d'assurés par rapport à l'effectif total des assurés d'une caisse.

*Al. 2*

La Confédération peut prélever auprès des caisses, qui ont un petit nombre d'assurés ayant l'âge donnant droit à une rente de vieillesse de l'AVS, une contribution d'un pour cent au plus des cotisations encaissées pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Elle affecte cette contribution à l'augmentation du subside versé, au sens du premier alinéa, aux caisses qui ont un nombre élevé d'assurés ayant atteint l'âge donnant droit à une rente de vieillesse de l'AVS.

*Al. 3*

La Confédération alloue aux caisses un subside annuel pour les rentiers de l'assurance-invalidité, qui sont hospitalisés de manière ininterrompue pendant plus de soixante jours. Ce subside se détermine d'après le nombre des journées d'hospitalisation.

*Al. 4*

Le Conseil fédéral règle les détails.

*Al. 5, 6*

Abrogé

**Art. 36**

*Titre marginal*

2. Subsides pour les femmes

a. Maternité

*Texte*

Dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, la Confédération alloue aux caisses pour chaque accouchement un subside.

**Art. 36bis**

*Titre marginal*

b. Compensation des frais

*Texte*

Pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, la Confédération alloue aux caisses un subside annuel qui est destiné à compenser partiellement les frais médicaux et pharmaceutiques plus élevés qu'occasionnent les femmes. Le subside versé à chaque caisse se détermine d'après le nombre de femmes assurées et compte tenu de la différence moyenne que présentent en Suisse les frais de l'assurance

des soins médicaux et pharmaceutiques, selon qu'ils sont occasionnés par les hommes ou les femmes.

**Art. 37**

*Titre marginal*

3. subsides pour les enfants

*Al. 1*

Pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, la Confédération alloue aux caisses un subside annuel qui est destiné à réduire les cotisations des enfants. Sont des enfants les assurés jusqu'à l'âge de seize ans révolus.

*Al. 2*

Le subside annuel au sens du premier alinéa n'est alloué que si la caisse ne prélève pas de cotisations pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques du troisième enfant et des enfants subséquents d'une famille.

**Art. 37bis**

*Titre marginal*

4. Indemnités annuelles

*Texte*

Dans les régions de montagne au sens de la loi du 28 juin 1974 sur l'aide en matière d'investissements dans les régions de montagne, la Confédération prend en charge la moitié des indemnités annuelles versées aux médecins par les cantons, les communes ou les caisses.

**Art. 38**

*Titre marginal*

II. Subsides cantonaux

*Al. 1*

Les cantons allouent des subsides destinés à réduire les cotisations des assurés à ressources modestes. Ils définissent le cercle de ces assurés et le montant de la réduction.

*Al. 2*

De plus, les cantons prennent en charge les cotisations pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et la participation aux frais dont le paiement mettrait l'assuré ou celui à qui incombe l'obligation d'entretien dans une situation intolérable.

*Al. 3*

Dans les cantons à faible capacité financière qui comprennent d'importantes zones de montagne, la Confédération prend en charge une partie des subsides prévus à l'alinéa premier. Le Conseil fédéral désigne les cantons qui en bénéficient et le taux de sa participation applicable à chacun d'eux. Il peut subordonner l'octroi de celle-ci à la condition que le canton contribue par des subsides à réduire les cotisations dans une mesure minimum.

**Art. 38bis**

*Titre marginal*

III. Montant des subsides fédéraux

*Texte*

Le montant des subsides annuels de la Confédération et le crédit nécessaire à cet effet sont fixés par un arrêté fédéral simple, valable trois ans, compte tenu de l'évolution des coûts dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques.

**Dispositions transitoires**

*Let. d*

Subsides fédéraux alloués au cours des trois années qui suivent l'entrée en vigueur

*Al. 1*

Les subsides fédéraux sont versées l'année qui suit celle de leur octroi.

*Al. 2*

Dans l'année où la modification du .... de la présente loi entre en vigueur, la Confédération verse intégralement aux caisses et aux fédérations de réassurance le solde du subside accordé selon l'ancien droit et dû pour l'année précédente. Elle leur alloue en outre un subside complémentaire de manière que la somme dépensée de la subvention atteigne au total 1300 millions de francs.

## Al. 3

Le subside fédéral alloué en vertu de l'article 38bis s'élève à 1300 millions de francs pour 1991 et 1992. De ce montant sont versés en vertu de:

l'article 35	Fr. 424 000 000
l'article 36	Fr. 129 000 000
l'article 36bis	Fr. 630 000 000
l'article 37	Fr. 95 000 000
l'article 38, alinéa 3	Fr. 22 000 000

*Antrag Früh/Haller/Rychen/Segmüller*

(Abänderungsantrag zur Mehrheit)

*Art. 38bis*

(Geltender Text)

*Abs. 1 Bst. c (neu)*

c. Die Kopfbeiträge gemäss Artikel 35 Absatz 1 von insgesamt 10 Prozent für Männer und 35 Prozent für Frauen können innerhalb jeder dieser beiden Kategorien nach Alter abgestuft werden.

*Abs. 2 (neu)*

Die Beiträge gemäss Absatz 1 werden bis zu einer jährlichen Höchstgrenze von 1,3 Milliarden Franken erhöht. Die zusätzlichen Mittel sind zu verwenden, um der Entsolidarisierung zwischen den Versicherten verschiedener Altersgruppen und der Geschlechter entgegenzuwirken. Der Bundesrat erlässt entsprechende Ausführungsbestimmungen.

*Hauptantrag Leutenegger Oberholzer*

(Abänderungsantrag zu Antrag Früh/Haller/Rychen/Segmüller)

*Art. 38bis*

(Geltender Text)

*Abs. 2 (neu)*

Die Beiträge gemäss Absatz 1 werden bis zu einer jährlichen Höchstgrenze von 2,5 Milliarden Franken erhöht ....

*Art. 6bis Abs. 2*

(Geltender Text)

*Erster Satz*

Die Mitgliederbeiträge können nach Eintrittsalter .... und örtlich bedingten ....

(«Geschlecht» streichen)

*Zweiter Satz*

Streichen

(Eventualantrag Leutenegger Oberholzer siehe Bundesbeschluss A hienach)

*Proposition Früh/Haller/Rychen/Segmüller*

(Amendement à la version de la majorité)

*Art. 38bis*

(Texte actuel)

*Al. 1, let. c (nouveau)*

c. Les subsides par assuré prévus à l'article 35, 1er alinéa, et s'élevant au total à 10 pour cent pour les hommes et 35 pour cent pour les femmes pourront être échelonnés en fonction de l'âge au sein de chacune de ces deux catégories.

*Al. 2 (nouveau)*

Le montant total des subsides définis à l'alinéa premier sera relevé jusqu'à concurrence de 1,3 milliard de francs par an. Les ressources supplémentaires serviront à renforcer la solidarité entre les assurés des divers groupes d'âge et des deux sexes. Le Conseil fédéral édicte les dispositions d'exécution.

*Proposition principale Leutenegger Oberholzer*

(Amendement à la proposition Früh/Haller/Rychen/Segmüller)

*Art. 38bis*

(Texte actuel)

*Al. 2 (nouveau)*

Le montant total des subsides définis au 1er alinéa sera relevé jusqu'à concurrence de 2,5 milliards de francs par an ....

*Art. 6bis al. 2*

(Texte actuel)

Première phrase

Les cotisations peuvent être échelonnée d'après l'âge d'entrée et les différences de frais dues aux conditions locales ....

(Biffer «d'après le sexe»)

*Deuxième phrase*

Biffer

(Proposition subsidiaire Leutenegger Oberholzer voir arrêté fédéral A ci-après)

*Der Antrag Früh/Haller/Rychen/Segmüller («indirekter Gegenvorschlag des Ständerates») ersetzt die Anträge der Mehrheit und der Minderheit der Kommission*

*La proposition Früh/Haller/Rychen/Segmüller («contre-projet indirect du Conseil des Etats») remplace les propositions de la majorité et de la minorité de la commission*

*Art. 38bis*

**Frau Leutenegger Oberholzer:** Ich möchte zu meinen beiden Anträgen sprechen, nämlich zum Antrag zu Artikel 38bis sowie zu Artikel 6bis. Zahlreiche Versicherte haben soeben die Ankündigung höherer Prämien bekommen, dies neben Mietzinserhöhungen und der allgemeinen Teuerung. Ein Grund für diese Erhöhung liegt im Sozialabbau, wie er bei der Sozialversicherung in den siebziger Jahren eingesetzt hat. Diese unsoziale Finanzierung schlägt nun voll auf die Versicherten durch. Um dies aufzufangen, müssten meines Erachtens die Bundessubventionen bis zum Vorliegen einer Totalrevision auf das Niveau von 2,5 Milliarden Franken erhöht werden, also auf das Niveau der Bundesbeiträge, wie es 1991 ohne Plafonierung der Bundessubventionen erreicht worden wäre.

Meine Gründe dafür: Der Bund hat seinerzeit den Krankenkassen gesetzliche Auflagen gemacht, und dafür werden ihnen Subventionen ausgerichtet. Aus Spargründen wurden dann die Bundessubventionen plafoniert; seit 1974 bzw. 1976 sind sie eingefroren. 1989 erreichten sie knapp eine Milliarde Franken anstelle von 2,1 Milliarden, wie dies ohne Kürzung der Fall gewesen wäre. Aufsummiert über die Jahre 1976 bis 1989 würden die Bundesbeiträge 12,6 Milliarden Franken betragen, anstelle von 19,7 Milliarden Franken ohne Plafonierung. Der Bund hat somit auf dem Buckel der Versicherten mindestens 7 Milliarden Franken eingespart. Professor Gilliland schätzt die ganze Ueberwälzung von Leistungen der öffentlichen Hand auf die Versicherten noch höher ein, nämlich auf rund 10 Milliarden Franken in zwölf Jahren. Das hat einen verheerenden Effekt aufgrund der unsozialen Finanzierung der Krankenversicherung in der Schweiz, die bei uns als Kopfprämie und nicht nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit erfolgt. Die Kopfprämien wurden aufgrund der steigenden Kosten laufend erhöht, was vor allem Betagte und Familien hart trifft. Diese ganze Umverteilungsaktion wurde von alt Staatsrat André Gavillet als Armutssteuer bezeichnet. Sie hat gravierende Folgen, nämlich eine Umverteilung von unten nach oben, denn längst nicht alle Kantone kennen ausreichende Prämienbeihilfen, die diesen Effekt ausgleichen würden.

Ich habe es bereits gesagt: Es wurde eine inverse Umverteilung erzielt, nämlich von der progressiven Einkommenssteuer zu einer eigentlichen Kopfsteuer, die alle, ob arm oder reich, in gleichem Ausmass trifft. Und höhere Steuern sind immer sozialer als eine Finanzierung über Kopfprämien. An dieser Finanzierung können wir kurzfristig nichts ändern, aber wir können heute den unsozialen Effekt mildern, indem der Anteil der öffentlichen Hand, der Bundessubventionen zugunsten der Versicherten, befristet wieder auf das alte Niveau angehoben wird. Und damit können sicherlich einige weitere Prämien erhöhungen für die nächsten Jahre aufgefangen werden.

Mit der heutigen Debatte werden die Weichen für höhere Krankenkassenbeiträge des Bundes gestellt. Das möchte ich auch den Vertreterinnen und Vertretern der SP und den Gewerkschaften sagen, die ebenfalls eine Initiative zur Krankenversicherung hängig haben. Auch diese Initiative verlangt nämlich – neben der wesentlich sozialeren Finanzierung – höhere Beiträge durch die öffentliche Hand.

Sagen Sie nicht, der Bundeshaushalt könnte die 2,5 Milliarden Franken nicht verkraften. In diesem Haus werden laufend Korrekturen an den Bundesfinanzen vorgenommen, nur eben in die falsche Richtung. Allein bei den Stempelabgaben werden bald Einnahmehausfälle von rund 400 Millionen Franken in Kauf genommen. Das Sofortprogramm bei der direkten Bundessteuer bringt für 1990 Einnahmehausfälle von 350 Millionen Franken. Alles dies sind Massnahmen, die sicherlich nicht den tiefen Einkommen zugute kommen. Dann gibt es selbstredend auch Korrekturmöglichkeiten auf der Ausgabenseite, ich denke vor allem an das Militärbudget, das wieder Rekordhöhen ausweist.

Gestatten Sie mir zum Abschluss noch eine Bemerkung zu den gleichen Krankenkassenprämien für Frau und Mann. Für mich ist es selbstverständlich: Wenn die Bundesbeiträge an die Krankenkassen wieder auf 2,5 Milliarden angehoben werden, müssen die Kassen verpflichtet werden, auf den Prämienzuschlag für die Frauen endlich zu verzichten. Dieser Prämienzuschlag steht in krassem Widerspruch zu Artikel 4 Absatz 2 BV und ist in Europa ein einmaliger Anachronismus. Die Debatte darüber haben wir bei der seinerzeitigen Initiative von Nationalrat Borel geführt. Deshalb hier nur soviel: Es ist unbestritten, dass die Krankheitskosten der Frauen höher liegen als die der Männer. Das ist aber sicher kein Grund, ausgerechnet bei den Frauen höhere Prämien zu verlangen. Das steht in krassem Widerspruch zum Risikoausgleich und zur Solidarität. Das hat auch der Bundesrat eingesehen und uns im Rechtssetzungsprogramm die Prämienungleichheit für Frau und Mann in Aussicht gestellt. Dass sich die Kommission nun ebenfalls für den Grundsatz der Prämienungleichheit ausgesprochen hat, ist zu begrüßen, aber mit Versprechungen für morgen ist uns Frauen heute nicht gedient. Wir möchten jetzt Taten sehen.

Ich ersuche Sie also:

1. als befristete Zwischenlösung die Bundessubventionen an die Krankenversicherung auf das Niveau anzuheben, wie es ohne Plafonierung gegolten hätte, nämlich auf 2,5 Milliarden Franken;
2. die Prämienungleichheit zwischen Frau und Mann heute zu verwirklichen.

**Müller-Aargau, Berichterstatter:** Der Antrag lag in dieser Form in der Kommission nicht vor. Immerhin lässt sich aus der Kommissionsdiskussion einiges ableiten.

Hauptgrund der Ablehnung der Initiative waren die 2,5 Milliarden Franken. Aus diesem Grunde kann ich mir auch nicht vorstellen, dass die Kommission dem Antrag von Frau Leutenegger Oberholzer zugestimmt hätte.

Die Ausführungen von Herrn Bundesrat Cotti vorher haben gezeigt – und das hat sich auch in der Kommissionsdebatte erwiesen –, dass ein Beitrag von 2,5 Milliarden Franken für das Klima der grösseren Revision nicht unbedingt günstig wäre. Weil man sich sehr gut bei diesen 2,5 Milliarden Franken ausruhen kann, wäre die Mitarbeit der Krankenkassen beim grossen Revisionswerk nicht mehr sichergestellt.

Selbstverständlich haben wir in der Kommission über die Frage der Prämienungleichheit zwischen Mann und Frau diskutiert und auch entsprechende Beschlüsse gefasst – es steht auch in den Pressecommuniqués. Aber wir haben schliesslich festgestellt, dass dieses Problem unter Umständen mit Fragen des Obligatoriums und ähnlichen Dingen gekoppelt werden muss und dass es sicher sinnvoller wäre, wenn diese Frage in der grossen Revision aufgenommen würde und hier nicht einzeln behandelt wird.

2,5 Milliarden Franken, Frau Leutenegger Oberholzer, würden sicher ausreichen, um sowohl den Ausgleich in bezug auf die schlechten Risiken als auch den Wegfall des Prämienzuschlags für Frauen zu realisieren. Da bin ich mit Ihnen einverstanden. Aber die 2,5 Milliarden Franken haben wir nicht. Die Kommission hat im Zusammenhang mit der Initiative beschlossen, dass wir diese 2,5 Milliarden Franken nicht ausrichten wollen.

In diesem Sinne empfehle ich Ihnen, den Antrag von Frau Leutenegger Oberholzer abzulehnen.

**M. Couchepin, rapporteur:** Mme Leutenegger Oberholzer présente deux propositions. La première consiste à accepter l'initiative sur le plan financier puisqu'elle suggère de porter la subvention maximale à 2,5 milliards de francs, conformément à l'initiative. Les arguments avancés contre l'initiative militent aussi en faveur du rejet de cette proposition.

La seconde consiste à proposer une modification de détail, sur un point important certes, mais concernant les articles du projet de la loi sur l'assurance-maladie. Mme Leutenegger Oberholzer entreprend exactement la même démarche que celle que nous avons faite au sein de la commission. En effet, nous avons voulu améliorer cette loi dans le détail, mais nous avons rapidement constaté que nous étions submergés par l'ampleur du travail et, surtout, par la difficulté de concilier les intérêts opposés.

Malgré toute la bonne volonté que l'on peut reconnaître dans cette démarche, elle est impossible au stade actuel. La seule proposition politiquement acceptable est celle qui a été développée ce matin par M. Früh et cosignée par Mme Segmüller, M. Rychen et Mme Haller.

**Bundesrat Cotti:** Der Antrag von Frau Leutenegger Oberholzer entspricht finanziell den Lösungen der Initiative. Gerade deren finanzielle Seite hat uns aber dazu geführt, für ihre Verwerfung zu plädieren. Es ist wahrhaftig nicht denkbar – wirklich nicht denkbar –, dass die grössere Solidarität in der Krankenversicherung nur über Gelder des Staates erreicht werden kann.

Ich bitte Sie, wie die beiden Vertreter der Kommission, die Anträge von Frau Leutenegger Oberholzer abzulehnen.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag Leutenegger Oberholzer Minderheit  
Dagegen offensichtliche Mehrheit

*Angenommen gemäss Antrag Früh/Haller/Rychen/Segmüller  
Adopté selon la proposition Früh/Haller/Rychen/Segmüller*

#### Ziff. II

##### Antrag der Kommission

##### Abs. 1

Dieser Beschluss ist allgemeinverbindlich; er untersteht dem fakultativen Referendum.

##### Abs. 2

Er tritt am 1. Januar 1990 in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 1994.

#### Ch. II

##### Proposition de la commission

##### Al. 1

Cet arrêté est de portée générale; il est soumis au référendum facultatif.

##### Al. 2

Il entre en vigueur le 1er janvier 1990 et reste valable jusqu'au 31 décembre 1994.

#### Angenommen – Adopté

#### Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Beschlusentwurfes 133 Stimmen  
(Einstimmigkeit)

#### An den Ständerat – Au Conseil des Etats

#### A. Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für eine finanziell tragbare Krankenversicherung (Krankenkassen-Initiative)»

#### Arrêté fédéral sur l'initiative populaire «pour une assurance-maladie financièrement supportable (initiative des caisses-maladie)»

#### Detailberatung – Discussion par articles

**Titel und Ingress, Art. 1***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Titre et préambule, art. 1***Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté***Art. 2***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Eventualantrag Leutenegger Oberholzer*

(Falls der Hauptantrag zu Bundesbeschluss C abgelehnt wird)

Die Bundesversammlung empfiehlt Volk und Ständen, die Volksinitiative anzunehmen.

**Art. 2***Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition subsidiaire Leutenegger Oberholzer*

(En cas de rejet de la proposition principale concernant l'arrêté fédéral C)

L'Assemblée fédérale recommande au peuple et aux cantons d'accepter l'initiative.

**Le président:** Mme Leutenegger Oberholzer a retiré sa proposition subsidiaire.*Angenommen gemäss Antrag der Kommission**Adopté selon la proposition de la commission**Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble*

Für Annahme des Beschlussentwurfes

116 Stimmen

Dagegen

1 Stimme

*An den Ständerat – Au Conseil des Etats*

88.014

**Krankenkassen-Initiative**  
**Initiative des caisses-maladie**

Siehe Jahrgang 1989, Seite 2113 – Voir année 1989, page 2113

Beschluss des Ständerates vom 23. März 1990

Décision du Conseil des États du 23 mars 1990

**A. Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für eine finanziell tragbare Krankenversicherung (Krankenkassen-Initiative)»****Arrêté fédéral sur l'initiative populaire «pour une assurance-maladie financièrement supportable (initiative des caisses-maladie)»***Schlussabstimmung – Vote final*

Für Annahme des Beschlussentwurfes	116 Stimmen
Dagegen	11 Stimmen

**C. Bundesbeschluss zur befristeten Anhebung der Subventionen an die Krankenkassen (Entwurf der Kommission des Nationalrates vom 7. September 1989)****Arrêté fédéral relatif à l'augmentation temporaire des subventions aux caisses-maladie (projet de la commission du Conseil national du 7 septembre 1989)***Schlussabstimmung – Vote final*

Für Annahme des Beschlussentwurfes	145 Stimmen (Einstimmigkeit)
------------------------------------	---------------------------------

*An den Bundesrat – Au Conseil fédéral*

**Ständerat  
Conseil des Etats**

Sitzungen vom 14.12.1988  
15.03.1990  
23.03.1990 (Schlussabstimmung)

Séances du 14.12.1988  
15.03.1990  
23.03.1990 (Vote finale)

88.014

**Krankenkassen-Initiative**  
**Initiative des caisses-maladie**

Botschaft und Beschlussentwurf vom 24. Februar 1988 (BBI II, 247)  
Message et projet d'arrêté du 24 février 1988 (FF II, 256)

Bericht der Kommission des Ständerates über einen Gegenentwurf auf Gesetzesstufe (Aenderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung) vom 17. Oktober 1988 (BBI III, 1323)

Rapport de la commission du Conseil des Etats sur un contre-projet au niveau législatif (modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie) du 17 octobre 1988 (FF III, 1262)

---

*Anträge siehe Detailberatung*  
*Propositions voir discussion par articles*

**Huber, Berichterstatter:** Als Präsident der vorberatenden Kommission des Ständerates zum Geschäft 88.014 (Botschaft über die Volksinitiative «für eine finanziell tragbare Krankenversicherung», Krankenkassen-Initiative) obliegt mir, Ihnen über die Beratungen der Kommission zu berichten und Ihnen unsere Anträge zu erläutern. Entsprechend dem Wunsch des Herrn Präsidenten werde ich in meinem Referat gleichzeitig über die Haltung zur

Initiative wie auch zur Problematik und zum Inhalt eines allfälligen indirekten Gegenvorschlages auf der Stufe einer Revision des Krankenversicherungsgesetzes berichten. Ich darf feststellen, dass Ihnen die notwendigen Entscheidungsgrundlagen vorliegen.

Ihre Kommission tagte zeitweise im Beisein von Herrn Bundesrat Cotti in fünf zum Teil ganztägigen Sitzungen. Es ist mir ein Bedürfnis, den Damen und Herren des BSV, Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung, für die Mitarbeit herzlich zu danken. Ohne diese Mitarbeit, die auch durch die Sommerferien nicht unterbrochen wurde, wäre die Ausarbeitung eines Gegenvorschlages nicht möglich gewesen. Bemerkungen zur Krankenkassen-Initiative: Die Krankenkassen-Initiative will das Verfassungsrecht über die Krankenversicherung in drei Komponenten neu gestalten:

1. Es geht um die Beibehaltung des bisherigen einschlägigen Verfassungsrechtes, nämlich den Artikel 34bis mit seinen Absätzen 1 und 2. Er beinhaltet eine umfassende Bundeskompetenz zur Regelung der Kranken- und Unfallversicherung unter Berücksichtigung der Krankenkassen, ferner die Bundeskompetenz über die Statuierung von Teil- oder Ganzobligatorien.

2. Daran anschliessend sollen neu die Ziffern 3 bis 7 der Initiative angefügt werden.

3. Schliesslich soll der Bundesverfassung mit einer neuen Uebergangsbestimmung in Artikel 19 etwas hinzugefügt werden.

Der Botschaft des Bundesrates kann entnommen werden, dass alle Formalien erfüllt sind. Die Initiative ist rechtsgültig zustande gekommen. Die übrigen Formvorschriften wurden beachtet.

Es ist hervorzuheben, dass die Krankenkassen-Initiative, was man politisch im Laufe der Diskussion nie vergessen und nie übersehen darf, mit 390 273 gültigen Unterschriften ein mächtiges Unterstützungspotential hat.

Im übrigen spielt bei den Entscheiden, die wir heute und morgen zu fällen haben, der Faktor Zeit eine bedeutsame Rolle. Die Volksinitiative wurde am 30. April 1985 in der Form des ausgearbeiteten Entwurfs eingereicht. Laut Artikel 27 Absatz 1 des Geschäftsverkehrsgesetzes hat die Bundesversammlung in diesem Fall innert vier Jahren nach deren Einreichung darüber Beschluss zu fassen, ob sie der Initiative, so wie sie lautet, zustimmt oder nicht. Die Frist für Zustimmung oder Ablehnung der Initiative läuft somit am 30. April 1989 ab.

Sie wissen, dass die Bundesversammlung die Frist um ein Jahr verlängern kann, wenn mindestens ein Rat über einen direkten Gegenentwurf oder einen mit der Volksinitiative eng zusammenhängenden Erlass, also über einen indirekten Gegenentwurf, Beschluss gefasst hat. Damit lief die Frist bis 30. April 1990.

Da der Ständerat Erstrat ist und der Nationalrat dieses Geschäft anschliessend auch zu beraten hat, muss die Volksinitiative, mit oder ohne direkten Gegenvorschlag, spätestens in der Dezember-Session 1988 im Ständerat behandelt werden.

Sollte der Ständerat gleichzeitig einen Gegenvorschlag beschliessen, so könnte in der März-Session 1989 in beiden Räten die Fristverlängerung beschlossen werden, was für die Behandlung im Nationalrat und für eine allfällige Differenzvereinbarung Zeit gäbe bis zum 30. April 1990. Auf die Vorlage ist – soweit es um die Behandlung der Krankenkassen-Initiative geht – zwingend einzutreten.

Was den Inhalt der Initiative angeht, darf ich vorweg auf die Botschaft des Bundesrates verweisen. Eine weitere Quelle der Erkenntnis waren für die Kommission die instruktiven Ausführungen einer Delegation des Konkordats der schweizerischen Krankenkassen. Den Initianten geht es um vier wesentliche Ziele:

1. Die Beibehaltung des bisherigen Verfassungsrechtes, wie ich es geschildert habe.

2. Die Initianten wollen neu die Absätze 3 bis 7 in der Verfassung verankert sehen. Auf Seite 7 der Botschaft finden Sie eine gute Zusammenfassung der Absichten der Initianten. Es handelt sich um die Umschreibung von politischen Zielen

im Bereiche der Krankenversicherung. Ich verzichte darauf, das hier zu wiederholen.

3. Die Initianten wollen in der Folge eine Bundesgesetzgebung, die mit dem neuen Verfassungsartikel übereinstimmt, und

4. wollen sie eine neue Uebergangsbestimmung, eben den Artikel 19 BV des Inhalts, dass ab dem 1. Januar nach der Annahme des neuen Verfassungsartikels die alte Subventionsordnung aus dem Jahre 1974 wieder aufheben soll, und zwar so lange, bis die Ausführungsgesetzgebung zu den neuen Verfassungsbestimmungen in Kraft getreten ist.

Die seit 1978 bestehenden Massnahmen zur Sanierung des Bundeshaushaltes, nämlich auch die Plafonierung der Bundesbeiträge an die anerkannten Krankenkassen, würden aufgehoben.

Der Bundesrat beziffert den Vorgang in der Botschaft Seite 6 so: «Die an die Krankenkassen auszahlenden Bundesbeiträge würden dann schlagartig auf mehr als das Zweieinhalbfache des plafonierten Beitrags emporschnellen, nämlich von 958 Millionen auf knapp 2,5 Milliarden Franken.»

Gleichzeitig aber würde durch die Aufhebung des Plafonierungsrechtes und die Rückkehr zu den Artikeln 35 bis 39 des Bundesgesetzes vom 13. Juli 1911 über die Krankenversicherung die automatische Anpassung des gesamten Subventionssystems an den Anstieg der Kosten in der Krankenpflegeversicherung Platz greifen. Im Anhang Ihrer Botschaft finden Sie den Mechanismus in Zahlen deutlich festgehalten.

Es ist wohl richtig, dass man den Gesetzgeber mit diesem System unter Zeitdruck setzen will. Andererseits wären die Kassen entsprechend der Uebergangsbestimmung im Falle einer Annahme der Initiative gut finanziert, und wenn die Ausführungsgesetzgebung nicht ihren Absichten entspräche, könnte man ruhig dagegen antreten.

Die Vertreter der Initianten haben allerdings in der Kommission derartige Szenarien deutlich von sich gewiesen und ausgeführt, dass die Krankenkassen nicht dauernd wesentlich höhere Bundesbeiträge beanspruchen wollten. Es gehe also nicht darum, dauernd mehr Bundesgelder zu erhalten, sondern nur darum, dass der Gesetzgeber insbesondere mit der Kosteneindämmung in der Krankenversicherung vorwärts mache.

So der Originalton der Initianten.

Wie schwer aber ohne Reduktion der Qualität und der sozialen Verfügbarkeit der Leistung das Ziel der Kosteneindämmung zu erreichen ist, das wissen wir alle. Es gehört doch zur feinen Ironie der Geschichte, dass die Kassen darlegen liessen, die 1985 eingereichte Initiative hätte eigentlich den Zweck gehabt, für das Sofortprogramm Dampf zu machen.

Nun ist seitens der Initianten ausgeführt worden, wenn man die bundesrätliche Botschaft lese, so habe man fast den Eindruck, es wäre in der sozialen Krankenversicherung alles zum Besten bestellt. Dem ist entgegenzuhalten, dass der Bundesrat die Reformbedürftigkeit der sozialen Krankenversicherung nicht bestreitet, das schwere Problem des massiven Kostenauftriebes sehr genau kennt, insbesondere auch die Auswirkungen auf sozial Schwächere.

Unter dem Titel «Weiteres Vorgehen» legt der Bundesrat in der Botschaft dar, wie er in der Sache vorgehen will. Gegenüber der Initiative beantragt er Verwerfung ohne Gegenvorschlag. Was die Begründung für den Antrag auf Verwerfung der Initiative angeht, so enthält die Botschaft zwei Schlüsseltexzte. Der eine findet sich auf Seite 15 und lautet lapidar: «Der geltende Verfassungsartikel erlaubt insbesondere auch die Verwirklichung aller Anliegen der Initiative.»

Den anderen zentralen Text finde ich auf Seite 21 unter dem Titel «Schlussfolgerungen». Das Zitat lautet: «Die Initiative bringt ausser der Forderung nach einer massiven Erhöhung der Bundesbeiträge keine neuen konkreten Ansätze zur Lösung der in der Krankenversicherung anstehenden Probleme. Wir lehnen» – so der Bundesrat – «die angebehrte Erhöhung ab, denn sie ist überzogen, für den Bundeshaushalt nicht tragbar und setzt mit Blick auf die Kosteneindäm-

mung den falschen Akzent. Die Probleme der Krankenversicherung können und müssen auf dem Weg der Gesetzgebung gelöst werden.»

Was die Frage des Gegenvorschlages angeht, stellt der Bundesrat fest, dass es keinen Sinn hätte, umgehend eine neue Vorlage zu unterbreiten, die sich in der Substanz am KVMG-Sofortprogramm orientieren würde. Besonders gestattet dies aber das unmissverständliche Nein des Volkes nicht.

Ihre Kommission beantragt mit 8 zu 0 Stimmen bei 3 Enthaltungen die Verwerfung der Krankenkasseninitiative. Die Kommission teilt die Auffassung des Bundesrates, dass das geltende Verfassungsrecht des Bundes in Artikel 34bis BV sehr offen formuliert ist und als Rechtsgrundlage für die soziale Krankenversicherung durchaus genügt. Die Grundsätze der Initiative sind unter diesem Titel zum Teil bereits erfüllt, zum Teil erfüllbar.

Zu diesen strafrechtlichen Argumenten tritt das finanzpolitische Argument. Die finanziellen Folgen, die bei einer Annahme der Initiative sehr kurzfristig eintreten würden, sind nicht verkraftbar. Die Kommission schliesst sich bezüglich der finanziellen Konsequenzen der Beurteilung des Bundesrates an. Es geht nicht nur darum, in einer Uebergangsbestimmung zu einer Volksinitiative vom Bund Milliarden zu fordern, ohne auch nur andeutungsweise klar zu machen, wie das finanziert werden soll. Etwa durch Ausgabenkürzung bei anderen Ausgaben, durch Steuererhöhungen oder durch zusätzliche Verschuldung des Bundes? Zum staatsrechtlichen und finanzpolitischen tritt das gesundheitspolitische Argument. Es geht nicht an, in ein soziales Krankenversicherungssystem, wenn Kosteneindämmung verschrieben werden muss, zusätzliche Milliarden hineinzupumpen und so die Leistungserbringer an einen noch grösseren Markt zu verweisen. Die Angewöhnung an das süsse Gift der Subvention auf einer derartigen Höhe und ohne Ueberprüfung des geltenden Finanzierungssystems ist falsch.

Dabei verkennt die Kommission die schwierige Lage der sozialen Krankenversicherung nicht, die durch verschiedenste Probleme gekennzeichnet ist: das zunehmende Angebot medizinischer Leistung durch neue Praxen und durch den Ausbau von Spitälern, die laufende Technisierung und Erweiterung des medizinisch Machbaren, die Probleme der Demographie mit der zunehmenden Zahl von alten Menschen, die von den Kassen hohe Leistungen fordern. Wir müssen auch bedenken, dass Prämienhöhungen bei kinderreichen Familien und sozial Schwachen nicht mehr verkraftet werden können und sich eine gewisse Desolidarisierung bei den Kassen bemerkbar macht.

In Abwägung aller Argumente, wie ich sie hier nur ansatzweise aufzeigte, ist die Kommission bezüglich der Initiative zur Hauptsache dem Bundesrat gefolgt und hat den erwähnten Antrag an das Plenum des Ständerates beschlossen.

Wie ich Ihnen eingangs gesagt habe, begründe ich Ihnen nachfolgend, wieso eine Mehrheit der Kommission – zusammen mit der Verwaltung – einen Gegenvorschlag auf der Stufe des Gesetzes ausarbeitete.

Ein erster Grund besteht in folgender Ueberlegung: Die Opposition anlässlich der Volksabstimmung vom 6. Dezember 1987 galt zu einem überwiegenden Mass der obligatorischen Taggeldversicherung bei Mutterschaft. Herr Nationalrat Früh, Präsident des gegnerischen Aktiensekretariats, führte am 29. Juni 1987 aus: «Unbestritten sind hingegen die Parlamentsbeschlüsse zur eigentlichen Krankenversicherungsrevision, die vom Bund finanzierte Pflegeleistungen zugunsten von Mutter und Kind bei der Geburt einschliesst. Das Referendum will den Weg freimachen, damit zu diesen ursprünglichen und von uns befürworteten Zielen der Krankenversicherungsrevision zurückgefunden werden kann.»

2. Nach der Abstimmung vom 6. Dezember 1987 deponierte Nationalrat Basler am 7. Dezember 1987 eine vornehmlich von Mitgliedern der FDP und der SVP unterzeichnete Motion, die den Bundesrat aufforderte, das Krankenversicherungsgesetz – den Mutterschaftsteil ausgenommen –

ohne erneute parlamentarische Beratung der Details vorzulegen. In der Begründung ist wörtlich zu lesen: «Ein erneutes Referendum ist nicht anzunehmen.» Damit ist offenbar auch ausgesagt, dass die rund 200 Millionen Mehrkosten des Sofortprogramms akzeptiert würden.

3. Die Mehrheit ist für einen Gegenvorschlag auf der Stufe des Gesetzes, weil Rechtsänderungen im Recht der Krankenversicherung unverzichtbar notwendig sind. Seit 1964 wird motioniert und postuliert. Alle Versuche zu einer Reform sind an den zementierten Interessenlagen im Gesundheitswesen – nicht zugunsten der Patienten – gescheitert. Die Ausgaben von Bund, Kanton und Gemeinden sind seit 1965 bis 1985 von 1,2 Milliarden auf 8,1 Milliarden gestiegen. Das besagt viel, nicht alles.

4. Weiter ist der Gegenvorschlag nach unserer Ueberzeugung geeignet, die Initianten zu bewegen, ihre Initiative zurückzuziehen, da sie vielleicht – auch jene der weiteren anstehenden Initiative mit dem Modell der Lohnprozentfinanzierung – jetzt eine Gelegenheit hätten, ihre Initiative unauffällig zurückzuziehen. Wird sie nicht zurückgezogen, aber das Gesetz teilrevidiert, wie wir das vorschlagen, so sind wir mit dem dazumaligen Rechtszustand in einer nicht leichten Volksabstimmung in einer guten argumentativen Lage.

Ein Gegenvorschlag ist kein Gegensatz zum Vorhaben des Bundesrates auf Totalrevision des KVMG, im Gegenteil. Wir sind der Meinung, dass die Totalrevision ohne jeden Zeitdruck ruhig mit der Möglichkeit der Prüfung von Varianten mit einer breiten und schwierigen Konsensfindung über längere Zeit vor sich gehen kann. Schliesslich geben wir uns Rechenschaft, dass wir politisch in einer Zeit leben, die den grossen Konzeptionen und Wörtern abgeneigt ist. Gegenüber 400 000 Unterschriften darf man aber als Alternative nicht nichts machen. Die Philosophie der kleinen Schritte, des pragmatischen Anpassens ist richtig. Aus diesen Gründen haben wir uns auf den gewiss nicht leichten und arbeitsintensiven Weg der Vorlage eines Gegenentwurfes auf der Stufe des Gesetzes gemacht.

Die Minderheit argumentiert auf zwei Ebenen. Ich hoffe, dass auch das deutlich wird. Einerseits gibt es eine fühlbare Tendenz, die den zusätzlichen Finanzbedarf der Kassen mit der Mehrheit bejaht und den Kassen zusätzliche Mittel zukommen lassen will. Aber nur das und nicht mehr. Eine andere Tendenz übernimmt die Linie des Bundesrates, wie er sie in der Botschaft klar darlegt. Die zielüberschliessende Initiative findet und verdient keine Mehrheit. Ein Gegenvorschlag erfolgt zu nahe am 6. Dezember 1987. Die politische «Schamfrist» – das ist keine Formulierung des Bundesrats – wurde nicht innegehalten. Dazu tritt, dass die Minderheit meint, dass eine seriöse Arbeit mehr Zeit braucht. Auch ist das Argument zu hören, mit der Abstimmung vom 6. Dezember 1987 habe der Souverän zu erkennen gegeben, dass das System so schlecht nicht sei und dass man ruhig zur Tagesordnung übergehen könne.

Der Gegenvorschlag auf Stufe des Gesetzes ist über weite Strecken identisch mit Anliegen des Sofortprogramms und Ihnen daher bekannt. Es sind überreife Früchte vom Baum der Erkenntnis, die an sich nicht bestritten sind. Wir haben sie unter dem Gesichtspunkt der Notwendigkeit und der Konsensfähigkeit heute ausgelesen. Damit gibt es neue Vorschläge, die den Entwicklungen Rechnung tragen, vor allem im Bereich der Demographie.

Wir dürfen nicht vergessen, dass die Kosten der Krankenversicherung auch deswegen jährlich beträchtlich steigen, weil zunehmend ältere und betagte Menschen ihre Leistungen beanspruchen. Dieses Wachstum einfach den Krankenkassen und den anderen Prämienzahlern zu belasten, ist nach meinem Empfinden sozial ungerecht. Es führt auch zu Desolidarisierungen innerhalb und unterhalb der Kassen. Hier, so unsere Meinung, haben wir Akzente gesetzt, die für die Zukunft richtig, aber auch offen sind.

Unter dem Stichwort «Leistung» bringt der Gegenvorschlag die Ausdehnung der Pflichtleistung im ambulanten Bereich, bei Spitex und Prävention, die Aufhebung der Aussteuerung, ein neues System für die Vergütung im stationären

Bereich, neu gegenüber dem alten Gesetz, nicht gegenüber dem Sofortprogramm. Was die Finanzierung anbelangt, versuchen wir das Prämiengefälle zwischen den Kollektivversicherungen und den Einzelversicherungen zu mildern. Die Kostenbeteiligung des Patienten beinhaltet Jahresfranchise und prozentualen Selbstbehalt von 15 Prozent mit einem jährlichen Höchstbetrag. Die Kostenbeteiligung wird auch in stationären Verhältnissen erhoben, kann aber mit einer Zusatzversicherung aufgefangen werden.

Vergessen wir nicht, dass die Krankenversicherung das Sozialwerk mit der höchsten Eigenleistung der Beteiligten ist! 1986 betrug der Anteil der Versicherten an den Einnahmen der Krankenkassen über Prämienkostenbeteiligung und Krankenscheingebühren 83,3 Prozent von 9,349 Milliarden Franken, 1970 waren es noch 72,7 Prozent von lediglich 2,035 Milliarden Franken.

Was die Subventionierung angeht, so legen wir drei Stossrichtungen für eine Neuverteilung der Bundesbeiträge fest: stärkere Berücksichtigung der Personen im AHV-Alter, Erhebung eines Solidaritätsbeitrages von Kassen mit günstigen Risiken zugunsten von Kassen mit schlechten Risiken, Subventionen an Pflegeleistungen bei Mutterschaft von 40 Prozent, volle Vergütung der Pflegeleistungen an nicht versicherte Mütter.

Schliesslich möchten wir bei den Kindersubventionen Bundesbeiträge für die Ermässigung nur dann beliebt machen, wenn die Krankenkassen keine Beiträge ab dem dritten Kind erheben. Die übrigen Bestimmungen unterliegen dem entsprechenden Sofortprogramm, eingeschlossen – das dürfen wir nicht vergessen – die 50prozentige Beteiligung der Kantone an den Bundesbeiträgen gemäss der Vorlage über die Aufgabenverteilung.

Auch in unserer Kommission haben die Bemühungen um die Kosteneindämmung, die allerdings nicht mit Kostenverlagerung verwechselt werden darf, viel Sympathie gewonnen. Sparen im Gesundheitswesen heisst ja nicht, die Qualität der Versorgung reduzieren, sondern die Mittel effizient einsetzen. Wir lassen die Möglichkeit offen, neue Formen der Krankenversicherung einzuführen, seien es V-Pauschalen oder HMU.

Wir möchten eine intensivere, systematische Wirtschaftlichkeitsprüfung bei den Leistungserbringern durchsetzen. Die Kostentransparenz und -kontrolle bei den Spitälern wird vorgeschrieben. Der Heilanstaltsbegriff soll im Gesetz neu gefasst werden, und der Planungsartikel der Kantone soll Einzug halten.

Mein letztes Kapitel steht, getreu der Devise der kleinen Schritte, unter der Ueberschrift «Verschiedene Massnahmen»:

Ich hebe einen bedeutenden Massnahmenblock heraus: die erhöhte Transparenz zwischen der Grundversicherung und der Zusatzversicherung sowie deren unabhängige Finanzierung.

Für einige unter uns befindet sich das *pièce de résistance* in der Tabelle, in der wir ausweisen, dass wir gegenüber dem Sofortprogramm im ersten Jahr einen Mehrbedarf von rund 100 Millionen in Rechnung gestellt haben, die den AHV- und IV-Rentnern zugute kommen.

Wenn Sie sich an den zusätzlichen 100 Millionen stossen, so denken Sie daran, dass das Gesundheitswesen in den Jahren 1986, 1987 und 1988 – nach meinen Schätzungen – etwa um 2,5 Milliarden Franken teurer geworden ist. Wenn man die heute übliche Globalargumentation hört, so stehen wir 1988 bereits bei über 20 Milliarden Franken, 1984 waren es noch 16,5 Milliarden.

Zum Schluss: Das Gesundheitswesen und die soziale Krankenversicherung sind heute zentrale politische Fragen. Das Gut Gesundheit hat in unserer Gesellschaft einen überragenden Stellenwert. Für die finanzielle Abgeltung der daraus entstehenden Kosten verlagern die Kassen mit der Initiative überhöhte Beiträge. Dazu sagt Ihre Kommission deutlich nein. Sie lässt es aber in ihrer Mehrheit nicht dabei bewenden. Sie nutzt die Chance der grossen Vorarbeit der Räte beim Sofortprogramm und will die deutlich erkannten Nöte und Mängel beheben. Die dafür zusätzlich aufgewen-

deten Mittel – vielleicht erinnert Sie das an das Votum von Herrn Bundesrat Delamuraz zum Zuckerbeschluss – stehen in keinem Verhältnis zu dem, was andere Gebiete der Bundespolitik für sich abrufen und was die Initiative will. Ich empfehle Ihnen daher, namens der einstimmigen Kommission bei drei Enthaltungen, die Initiative dem Souverän zur Ablehnung zu empfehlen und mit einer deutlichen Mehrheit der Kommission auf den Gegenvorschlag auf der Stufe des Gesetzes einzutreten.

**Hänsenberger**, Sprecher der Minderheit: Zum Beschluss A: Die Initiative des Konkordates der Krankenkassen ist für mich unannehmbar. Sie bringt unnötigerweise einen neuen Verfassungsartikel. Der Bund ist bereits zuständig auf diesem Gebiet. Sie setzt, und dies ist sicher nicht unbegreiflich, in den Uebergangsbestimmungen eine sehr kurze Frist, die den Gesetzgeber zu raschem Handeln zwingen soll. Eigentlich – Herr Huber hat das bereits gesagt; er hat auch alle Schwächen der Initiative aufgezählt – will die Initiative nur eines: Sie will mehr öffentliche Mittel, ohne die strukturellen Probleme der Krankenversicherungen lösen zu helfen. Ein direkter Gegenvorschlag auf Verfassungsstufe kommt sicher nicht in Frage und ist unnötig. Die Bundeskompetenz ist genügend umschrieben.

Warum nun aber ein indirekter Gegenvorschlag? Ich erläutere Ihnen den Nichteintretensantrag der Kommissionsminderheit auf diesen indirekten Gegenvorschlag. Ich gehe von den folgenden drei Sätzen aus:

1. Der einzige Grund, eine hastige Teilrevision des KVMG vorzunehmen, ist die Angst, die Initiative des Konkordates könnte vom Volk angenommen werden.
2. Eine Sicherheit, dass diese Initiative nicht in Kraft tritt, bietet offenbar nur deren Rückzug.
3. Eine Frage: Wäre ein Rückzug der Initiative möglich, wenn mit einer Teilrevision des Kranken- und Mutterschaftsversicherungsgesetzes das Konkordat der Krankenkassen zufriedengestellt werden kann?

Diese drei Thesen liegen dem Vorschlag zugrunde, nicht nur zur Initiative Stellung zu nehmen, sondern unter Zeitdruck eine sehr rasche Teilrevision des Gesetzes in Angriff zu nehmen.

Die Kommissionsminderheit möchte lieber mit leeren Händen der Initiative gegenüberstehen als nochmals eine Ablehnung der Teilrevision des Gesetzes zu riskieren. Wir sind der Meinung, dass ein Rückzug der Initiative auf diesem Wege schwerlich erreichbar ist.

Der Bundesrat hat nach Verwerfung der Vorlage im Dezember 1987 keinen sofortigen Neubeginn der Beratungen vorgesehen, sondern vier Expertenvorschläge ausarbeiten lassen. Die liegen nun beim Bundesamt für Sozialversicherung, das sie zuhanden des Bundesrates auswerten soll. Erst nachher will der Bundesrat über eine Vorlage beraten.

Wir haben somit keine Botschaft des Bundesrates zu dieser hastigen Teilrevision, keine Vernehmlassung irgendwelcher interessierter Kreise. Die Idee dieses indirekten Gegenvorschlages ist in der Kommission des Ständerates entstanden, vom Bundesamt für Sozialversicherung unterstützt, vom zuständigen Departementschef geduldet.

Der Ständerat ist also im Begriff, eine Vorlage zu beraten, zu der vom Bundesrat keine Stellungnahme vorliegt, ja nicht einmal die Meinung des Departementsvorstehers, um dann mit dieser Vorlage von uns an den Nationalrat zu gelangen. Können Sie annehmen, dass eine solche hastige Teilrevision so befriedigend ausfällt, dass dann alle Kreise, die am Gesundheitswesen interessiert sind, sie akzeptieren, danke schön sagen und die bisherigen Streitpunkte vergessen – eigentlich nur aus Angst, weil diese Konkordatsinitiative auf uns lastet? Glauben Sie daran, dass diese Gefahr von allen Beteiligten als so gross empfunden wird und alle Differenzen sachlicher Art quasi vergessen werden? Die Briefe, die Sie sicher alle von verschiedenen Organisationen erhalten haben, zeigen, dass das nicht der Fall ist. Die sachlichen Differenzen bleiben bestehen.

Zur zweiten Ueberlegung: Sicher wäre die grösste Sicherheit, damit die Initiative nicht angenommen würde, deren

Rückzug. Aber wann sollten die Initianten zurückziehen? Ich habe mir zwei Fälle überlegt:

1. Falls die Teilrevision in Kraft träte: Wir dürften uns alle darüber einig sein, dass ein Rückzug erst möglich ist, wenn entweder die Referendumsfrist abgelaufen oder der Volksentscheid gefallen ist. Keine noch so grosse Mehrheit in unseren Räten böte den Initianten genug Sicherheit, dass die Gesetzesänderung wirklich rechtskräftig wird. Das Beispiel der letzten KVMG-Revision liegt noch nahe genug, um sich daran zu erinnern: sie wurde beschlossen im einstimmigen Ständerat, mit einer überwältigenden Mehrheit im Nationalrat; Krankenkassen, Aerzte, Apotheker, Spitäler haben mit grossen Mehrheiten zugestimmt, aber Volk und Stände halt doch massiv abgelehnt.

Auch wenn die neue Vorlage bei Mutterschaft kein Taggeld mehr enthielte, Gründe für demagogische Plakate und Slogans wären sicher auch jetzt zu finden. Es wird sich bei diesem Gegenvorschlag herausstellen, dass es keine unbestrittenen Punkte gibt auf dem Gebiet der Krankenversicherung. Wenn die Krankenkassen das Referendum jetzt nicht ergreifen würden – sie haben es letztes Mal nur deshalb nicht unterstützt, weil die Vorlage mit dem Mutterschafttaggeld gekoppelt war –, so könnten es nun die Aerzte sein. Der damalige Zentralvorstand der Schweizer Aerzte hat personelle Aenderungen erfahren. Ob in der jetzigen Zusammensetzung Bestimmungen über Vertrauensärzte, Bundeskompetenzen bei Tarifen, Planungsvorschriften noch akzeptiert würden, ist fraglich. Auch andere Gegner jeglicher Aenderung, die sich im Dezember 1987 hinter der Gewerbeverband-Opposition verstecken konnten, würden nun hervortreten.

Wenn aber nun das Gesetz ohne Volksabstimmung angenommen und in Kraft ist, wieso sollte dann die Initiative zurückgezogen werden? Zu riskieren wäre nichts mehr. Die beschlossenen zusätzlichen öffentlichen Mittel an die Krankenkassen wären gesichert. Wieso sollte jetzt nicht die Möglichkeit ergriffen werden, für die 400 000 Unterzeichner für mehrere Jahre noch bedeutend mehr Mittel zu erreichen? Es mag sein – wie der Kommissionspräsident sich ausgedrückt hat –, dass unsere argumentative Lage besser wäre. Aber nützen würde es wahrscheinlich nichts. Ueber die Initiative hätten wir trotzdem abzustimmen.

2. Falls die Teilrevision nicht in Kraft träte, wenn die Vorlage vom Volk abgelehnt würde, wieso sollte dann die Initiative zurückgezogen werden? Das ist noch weniger denkbar. Wir stünden mit genau gleichen leeren Händen der Initiative gegenüber, nur in einer schlechteren Position. Die Initianten könnten erklären, dass nur ihr Vorschlag zu einer Aenderung führt. Die Auslegung des Entscheides wäre noch schwieriger, weil man dann wirklich nicht wüsste: Will das Volk eigentlich wirklich nur mehr öffentliche Mittel und sonst keine Aenderungen?

Sie sehen, meine Begründungen zur Ablehnung dieser raschen Teilrevision liegen darin, dass ich keinen Zusammenhang zwischen Initiative und Gesetz schaffen will. Wir haben es auch bei der Beratung der letzten Vorlage ausdrücklich abgelehnt, auf die beiden hängigen Initiativen Rücksicht zu nehmen. Die Gegner der KVMG-Lösung waren sich – wie wir Anhänger – bewusst, dass wir dann mit leeren Händen gegenüber den Initiativen dastünden. Das haben wir in Kauf genommen. Ich bin dagegen, die nötigen – auch von mir aus gesehen wirklich nötigen – grundlegenden Ueberprüfungen der Krankenversicherung unter zeitlichem Druck vorzunehmen und uns Termine durch irgendwelche Initiativen vorschreiben zu lassen.

Die Räte sind es auch ihrem Ansehen schuldig, nicht wie hechelnde Hunde mit hängender Zunge einem Volksbegehren nachzurennen, um sogenanntes Unglück zu verhindern. Die Stadt-Land-Initiative hat gezeigt und hat mich in der Idee bestätigt: Unmöglichkeiten haben bei Abstimmungen vor Volk und Ständen schwerlich Bestand. Vertrauen wir auch hier dem Volk. Es kommen noch so viele Initiativen auf uns zu, zu denen wir nicht mehr als ein Nein sagen und dann vertrauensvoll zur Volksabstimmung gelangen sollten. Es stört mich – Herr Huber hat das auch gesagt –, so kurze Zeit

nach einem verwerfenden Volksentscheid mit denselben Begehren – wenn auch in verringerter Anzahl –, aber ohne Einbettung in neue, grundsätzliche Ueberlegungen gesetzgeberisch tätig zu werden.

Ich habe noch eine persönliche Bemerkung anzubringen: Meine Stellung zum materiellen Inhalt des Entwurfes ist klar. Fast alle Artikel des Ihnen vorgelegten Textes – als Gegenentwurf bezeichnet – stimmen mit den seinerzeitigen, im KVMG enthaltenen Vorschriften überein. Ich war damals materiell mit ihnen einverstanden, ich bin es auch heute. Es würde mir schlecht anstehen, diese Bestimmungen nicht als richtig und wünschbar zu bezeichnen. Ich stehe also da als einer, der zwar formell gegen einen solchen rasch zusammengebastelten Revisionstext ist, aber materiell weitaus den meisten Bestimmungen ohne weiteres zustimmen könnte, wenn sie eingebettet wären in eine Revision, die – ohne Zeitdruck – unter Einbezug der Prüfung anderer Finanzierungsmöglichkeiten vorgenommen wird.

Unsere Sozialgesetzgebung ist nicht abgeschlossen, sie wird es nie sein, so wenig wie alle anderen gesetzgeberischen Bemühungen unseres Landes in einer sich rasch ändernden Umwelt. Ich glaube nicht, dass wir einfach – um den schönen Ausdruck von Herrn Huber zu benützen – überreife Früchte vom Baume der Erkenntnis pflücken können.

Wir brauchen weitere Beratungen ohne Zeitdruck, unter Einbezug weiterer Meinungen des Bundesrates und der Experten. Ich beantrage Ihnen deshalb für die Minderheit der Kommission, auf diese hastige Teilrevision nicht einzutreten. Wenn sie die Beratung in beiden Räten und ein Referendum überstehen sollte und in Kraft träte, wäre gegenüber der Initiative, über die wir trotzdem abstimmen müssen, doch nichts gewonnen. Sollte die Vorlage vor dem Volk scheitern, ist die dringend nötige grundsätzliche Revision des KVMG nochmals hinausgeschoben und steht unter schlechten Vorzeichen. Die Leidsfrist wird verlängert, die Revision verzögert.

**Seller:** Die Erkenntnis, dass unser Gesundheitswesen aus allen Nähten platzt und jede Kontrolle über seine Entwicklung verlorengegangen ist, scheint weit verbreitet zu sein. Die Reaktionen auf politischer Ebene sind denn auch nicht ausgeblieben, wie verschiedene Vorstösse, auch diese Initiative, belegen.

Die vorliegende Krankenkassen-Initiative verfolgt zwei Ziele: erstens sollen die Subventionen an die Krankenkassen in der Verfassung garantiert werden; zweitens wird mit der Elimination der Privatversicherer nichts geringeres angestrebt, als sich selbst zum Krankenversicherungsmonopol zu verhelfen. Massnahmen zur Kostendämpfung sucht man im Initiativtext vergebens. Hinzu kommt eine Uebergangsbestimmung mit folgenschweren Auswirkungen für die Bundesfinanzen.

Ich lehne deshalb diesen Initiativtext mit Ueberzeugung ab. Mit ebensolcher Ueberzeugung stehe ich auch hinter dem von der Kommission ausgearbeiteten Gegenentwurf auf Gesetzesstufe.

Den Hauptproblemen – wie jährlich massiv steigende Prämienerhöhungen, Zerfall der Solidarität unter den Mitgliedern und Unmöglichkeit, mit dem geltenden Gesetz die Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu bremsen – muss meiner Ansicht nach rasch etwas gegenübergerstellt werden. Auf ein revidiertes neues Gesundheitsgesetz können wir nicht warten. Deshalb ist die Teilrevision ein taugliches Mittel, gewisse Problemkreise im Gesundheitswesen innert nützlicher Frist in den Griff zu bekommen. Auch wenn der vorliegende Gesetzestext noch nicht in allerletzter Perfektion formuliert ist, bitte ich Sie, diesem Gegenentwurf zuzustimmen.

**M. Delalay:** Je souhaite m'exprimer au sujet de l'initiative des caisses-maladie pour brièvement m'associer à ceux qui la rejettent, ayant pris position dans ce sens lors des travaux de la commission.

Cette initiative ne résout en rien les problèmes actuels posés dans le secteur de l'assurance-maladie. Tout ce qu'elle propose pourrait aujourd'hui déjà être exécuté sans cette nouvelle base constitutionnelle. En revanche, elle entraîne des conséquences financières importantes par ses dispositions transitoires. Elle augmente, en effet, massivement les subventions de la Confédération qui passeraient en 1992 à 2,5 milliards et à plus de 3 milliards en 1994. Cette initiative vise donc uniquement à faire pression pour qu'une solution soit rapidement trouvée au problème actuel en matière d'assurance-maladie. Elle ne propose, par contre, aucun moyen réel destiné à maîtriser les coûts de la santé mais veut par la pression financière qu'elle exerce forcer les Chambres et le peuple à légiférer.

C'est donc essentiellement parce que les idées proposées par le concordat des caisses-maladie peuvent être mises à exécution, avec les dispositions constitutionnelles actuelles, que nous pouvons considérer l'initiative comme inutile et que nous pouvons nous y opposer. Mais ce rejet de l'initiative n'apporte pas de solution au problème qui se pose réellement à l'assurance-maladie et auquel on tente de porter remède depuis près de vingt ans.

C'est pour cette raison que si, à long terme, une révision complète de la LAMA est nécessaire, un projet moins ambitieux se justifie dans le court terme. Ceci est d'autant plus souhaitable que l'initiative des caisses-maladie est dangereuse par son caractère excessif et généreusement démagogique et que nous serions bien mal placés si elle devait être acceptée par le peuple.

Plusieurs objections peuvent être formulées à l'égard du contre-projet indirect de la commission. Il faut en être conscient. Les principales d'entre elles portent sur son caractère hâtif, sur le fait qu'il se base sur une loi refusée par le peuple, il y a tout juste une année, et sur l'impossibilité de procéder à une consultation des milieux intéressés. Ces critiques sont à prendre au sérieux car elles sont réelles et justifiées mais il faut les mettre dans la balance avec le fait que ce contre-projet a l'avantage de contrer efficacement une initiative dont nous ne voulons pas et de régler des problèmes qui attendent une solution depuis longtemps. Songeons, par exemple, à l'extension des prestations du domaine ambulatoire, à la suppression de la limite de durée des prestations, au nouveau système de remboursement du séjour hospitalier, à l'extension des versements en cas de maternité sans l'assurance contestée d'indemnité journalière, à la modification du système de participation aux frais, aux subventions pour tenir compte de la structure d'âge des assurés, à l'introduction de mesures cohérentes pour une meilleure maîtrise des coûts et à l'amélioration des règles d'admission.

Tous ces éléments trouvent une solution dans ce contre-projet. Cette alternative que nous proposons n'empêche nullement d'explorer des voies nouvelles, modernes et mieux adaptées dans le cadre d'une révision totale de la loi basée sur les avis des experts commis par le Conseil fédéral. Pour ces diverses raisons, je vous invite à suivre la commission et à rejeter l'initiative des caisses-maladie tout en acceptant le contre-projet indirect présenté.

**Miville:** Das Volk hat im Dezember das KVMG-Sofortprogramm abgelehnt. Damit wurde kein Problem gelöst. Die Gesundheitskosten steigen. Sie steigen weit über das, was die allgemeine Teuerung ausmacht. Die Ausgaben für Kranken- und Spitalpflege, ärztliche Behandlung und Medikamente haben in den letzten 10 Jahren doppelt so rasch zugenommen wie die Durchschnittslöhne und beinahe dreimal so schnell wie die Konsumentenpreise. Soeben mussten die Kassen wieder eine Erhöhung der Prämien um 10 Prozent in Aussicht stellen, während die Jahresteuern nur 1,8 Prozent beträgt. Dieses Problem muss uns beschäftigen. Es belastet mit dem Kopfprämiensystem, das wir immer noch bei der Krankenversicherung haben, viele Familien in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen in ganz enormer Art und Weise.

Die Kostendämpfung erweist sich als ein schwieriges Problem. Die Materie ist durch eine Vielzahl von Interessen und Ursachen gekennzeichnet. Die einen sagen, die Patienten wollten zuviel, die anderen sagen, wir hätten zu viele Ärzte, die den Bedarf in einer ungeschickten Weise steuern – auch den Bedarf an zu teuren Medikamenten. Andere meinen, die Pharmaproduktion komme uns zu teuer zu stehen; wieder andere behaupten, die Spitäler arbeiteten zu teuer und weisen mit einem gewissen Recht, wenn ich an meine Region denken, auf eine übermässige apparative Ausstattung hin usw. Jeder sucht die Ursachen anderwärts. So sind die Verhältnisse auf einem Markt geordnet, auf dem in unserem Lande immerhin jährlich 20 Milliarden Franken umgesetzt werden.

Der Bundesrat hat vier Experten eingesetzt. Interessanterweise sind drei davon für ein Obligatorium, wie es die SP/SGB-Initiative vorsieht. Wir haben es aber zunächst mit der Initiative des Krankenkassenkoncordates mit fast 400 000 Unterschriften zu tun. Diese Initiative will vor allem die Plafonierung der Bundesbeiträge durchbrechen. Diese Plafonierung gilt seit 1977; sie stellt meiner Ansicht nach eine unglückselige Massnahme dar. Sie hat dafür gesorgt, dass die Krankenkassen vom Bund weniger als eine Milliarde Franken Subventionen pro Jahr erhalten.

Aber andererseits muss ich bei aller Sympathie für viele Anliegen dieser Krankenkassen-Konkordatsinitiative sagen: Wenn man diese Summe im Zeitraum bis 1990 auf 2,5 Milliarden erhöhen will – aus guten Gründen, um beispielsweise den durch die «Alterslawine» ausgelösten Kosten zu begegnen –, muss ich gleichwohl sagen, dass diese Belastung zu weit geht und der Bund dieses Geld nicht flüssig machen kann.

Nun hat die Initiative Chancen, angenommen zu werden. Wer fast 400 000 Unterschriften sammelt, ist auch in der Lage, einen Abstimmungskampf zu führen und verfügt offenbar über die nötigen Finanzen und die nötige administrative Infrastruktur. Zudem bringt die Initiative den Versicherten etwas, nämlich die Aussicht darauf, dass die Prämien eine Zeitlang nicht mehr erhöht werden. Partiiell hat sie Recht.

Dem Kommissionspräsidenten kommt ein grosses Verdienst um die rasche Ausarbeitung eines Gegenvorschlags zu. Der Bundesrat ist dazu immer ein wenig auf eine vorsichtige Distanz gegangen – von seinem Standpunkt aus verständlich. Immerhin will ich anerkennen, dass sein Bundesamt loyal bei der Ausarbeitung des Gegenvorschlags mitgearbeitet hat, was nicht ohne die Einwilligung von Bundesrat Cotti geschehen konnte.

Der Entwurf zu einem Gegenentwurf, mit dem wir uns nun zu befassen haben, enthält Elemente der verworfenen Sofortprogramm-Vorlage und Vorschläge betreffend Leistungsverbesserungen, Kostendämpfung und Subventionserhöhung – Subventionserhöhung im Ausmass von 300 Millionen Franken mehr als in der jetzigen Lösung und 100 Millionen Franken mehr als das Sofortprogramm.

Ob das den Krankenkassen genügen wird? Ich will jedenfalls noch 200 Millionen für die Betagten zulegen, weil bei den Betagten – darauf komme ich in der Detailberatung besonders zu sprechen – das grosse Problem für viele Kassen liegt; im Sachverhalt, den ich vorhin etwas burschikos mit «Alterslawine» bezeichnet habe.

Alter ist keine Krankheit. Das muss man sich einmal vor Augen führen, wenn man die Lage der Krankenkassen in Betracht zieht. Alter hat viele Krankheiten zur Folge. Aber Alter ist eine Erscheinung, welche unsere Krankenkassen – mehr als alles andere – in die prekäre Situation hineingetrieben hat, in der sie sich heute weitgehend befinden. Man hat ausgerechnet, dass wir Menschen – in den Industrieländern jedenfalls – in den letzten anderthalb bis zwei Jahren unseres Lebens durchschnittlich mindestens so viele Gesundheitsleistungen beanspruchen müssen, als vorher während der ganzen Lebensdauer.

Man beantragt uns Nichteintreten. Was dann? Dann geschieht nichts. Dann geht die Entsolidarisierung zwischen selektions- und kostenmässig günstig gelagerten Kollektiv-

krankenversicherungen – immer neue treten auf den Markt – einerseits und der sozialen Krankenversicherung andererseits weiter. Dann werden die Prämien in sieben Jahren doppelt so hoch sein wie heute.

Eine Totalrevision braucht nach allen Erfahrungen angesichts der kontroversen Situation, wie ich sie geschildert habe, wieder zehn Jahre, wenn nicht mehr, bis wir damit vors Volk treten können. Es muss jetzt etwas geschehen.

Der Entwurf bringt ganz erhebliche Leistungsverbesserungen: Massnahmen zur Kostendämmung und Vorschläge in bezug auf die Finanzierung. Ich gehe nicht auf die Details ein. Sie sind in den bisherigen Voten erwähnt worden.

Der Gegenentwurf hält den Grundgedanken der sozialen Krankenversicherung aufrecht, auch wenn da und dort weitergehende Wünsche denkbar sind und sicher auch noch angemeldet werden. Der Bund wird gemäss Gegenvorschlag den Kassen ihre gesetzlichen Auflagen abgelten: die Aufnahme bereits Kranker, die Aufnahme aller bis zum AHV-Alter, die Vorbehalte nur auf fünf Jahre, die zeitlich unbeschränkte Leistungsdauer in Spitälern, kein Prämienzuschlag für schlechte Risiken, der Ausgleich der höheren Frauenkosten, wozu ich allerdings einen Antrag gestellt habe.

Ganz wichtig ist die Pool-Lösung in bezug auf den hohen Anteil an Betagten, den viele Kassen aufweisen – die Pool-Lösung aus Mitteln der Kasse (Artikel 35 Absatz 2) – und die Berücksichtigung des Betagtenanteils im Mitgliederbestand bei der Subventionierung (Artikel 35 Absatz 1).

Ein Problem bleiben die Kollektivkrankenversicherungen. Ich habe in der Kommission den weitgehenden Antrag gestellt, diese aus der Krankenpflegeversicherung überhaupt auszuschliessen, sie auf Taggeld und derlei zu beschränken. Das ist natürlich abgelehnt worden. Jetzt haben wir wenigstens in Artikel 6bis Absatz 3 ein Pflasterchen gegen die Entsolidarisierung.

Bei Artikel 38ter geht es mir darum, die Kantone mit hohem Betagtenbestand bei den Kantonsbeiträgen nicht schlechter zu stellen. Und mir geht es – wie gesagt – um vermehrte Mittel zur Hilfe an jene Kassen, die einen besonders hohen Bestand an Betagten aufweisen.

Ich bin für Eintreten. Es geht jetzt wirklich darum, einen Konsens zu finden. Es geht nicht um die Durchsetzung all dessen, was jeder Seite als wünschbar erscheint. Daran sind alle bisherigen Versuche einer Sanierung gescheitert. Ich denke dabei im Hintergrund auch an die Initiative der SP und des Gewerkschaftsbundes. Vorderhand aber bin ich aus voller Ueberzeugung dafür, dass wir auf diesen Gegenvorschlag eintreten.

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

*Schluss der Sitzung um 19.30 Uhr  
La séance est levée à 19 h 30*

## Zehnte Sitzung – Dixième séance

**Mittwoch, 14. Dezember 1988, Vormittag  
Mercredi 14 décembre 1988, matin**

09.00 h

Vorsitz – Présidence: M. Reymond

88.014

### Krankenkassen-Initiative Initiative des caisses-maladie

*Fortsetzung – Suite*

Siehe Seite 892 hiervoor – Voir page 892 ci-devant

Frau **Simmen**: Beinahe 400 000 Unterschriften trägt die Initiative der Krankenkassen – eine stolze Zahl. Und doch habe ich das Gefühl, es sei leichter gefallen, diese vielen Unterschriften zu sammeln als eine viel kleinere Anzahl für eine andere Initiative. Die Organisation, die diese Unterschriften gesammelt hat, umfasst nämlich 98,5 Prozent der Bevölkerung. Es besteht kein Zweifel, dass die Krankenkassen auch bei einer Abstimmung über ihre Initiative grosse Teile der Bevölkerung mobilisieren können und es selbstverständlich in ihrem Sinne auch tun werden.

Aus finanziellen Gründen, wie sie der Herr Kommissionspräsident formuliert hat, aber auch weil diese Initiative nichts, wirklich gar nichts zur Lösung der Probleme beiträgt, bin ich für Ablehnung der Initiative. Vor einer Volksabstimmung ist es mir jedoch wohler, wenn ich nicht mit leeren Händen vor die Stimmbürger treten muss, sondern einen Gegenvorschlag vertreten kann. Sollten die Kassen gar ihre Initiative, in der Meinung, dass der Gegenvorschlag ihren berechtigten Anliegen entgegenkommt, zurückziehen, sind wir sicher alle hoch erfreut, nicht zuletzt auch über das eingesparte Geld, wenn keine Abstimmung stattfindet.

Alein schon aus diesen taktischen Gründen bin ich für Eintreten auf einen Gegenvorschlag. Es gibt aber auch materielle Gründe für ein Eintreten. Stellvertretend für viele andere möchte ich hier nur auf einen eingehen:

Die Initiative ist nicht ohne Grund entstanden. Die Bundesbeiträge an die Krankenkassen wurden 1976 eingefroren. Die gesetzlichen Bedingungen an die Krankenkassen aber sind die gleichen geblieben, z. B. diejenige der Alterseintrittsprämien. Die Kosten, vor allem bei alten Patienten, steigen dauernd überproportional an.

Die letzten 18 Monate eines Lebens sind in medizinischer Hinsicht die teuersten, das hörten wir bereits gestern. Aber wir wissen nicht, welches die letzten 18 Monate sind! Wenn wir nicht auf ganz unmenschliche Lösungen dieses Problems verfallen wollen, dass z. B. vom Alter X an keine Herzschrittmacher mehr implantiert werden, müssen wir akzeptieren, dass langes Leben auch hohe Gesundheitskosten bedeutet. Es ist nur folgerichtig, dass Kassen mit vielen alten Mitgliedern in eine schwierige Situation kommen und dass die zusätzlich stattfindende Entflechtung von guten und schlechten Risiken diese Schwierigkeiten vergrössert. In diesem Punkt bringt der Gegenvorschlag einen ersten Lösungsansatz, indem die Bundesbeiträge gezielter zur Deckung der Alterskosten ausgerichtet werden, indem ferner zwischen den Kassen ein Ausgleichsfonds errichtet wird – das ist eine neue und eine sehr gute Idee – und indem dem Bundesrat die Möglichkeit gegeben wird, bei den grossen Prämienunterschieden zwischen Einzel- und Kollektivverträgen mässigend einzuwirken.

Dies ist nur ein Punkt der Vorlage; es scheint mir aber ein sehr wichtiger zu sein.

Sicher erfüllt der Gegenvorschlag bei weitem nicht alle berechtigten Anliegen. Das bleibt einer grossen Revision vorbehalten. Aber dieser Gegenvorschlag wirkt gezielt dort, wo es heute besonders dringend ist, und hilft dadurch, die Jahre bis zur Totalrevision zu überbrücken. Ich bitte Sie, auf die Vorlage einzutreten.

**M. Gautier:** Je crois pouvoir être très bref en ce qui concerne l'arrêté A, mais je serai malheureusement un peu plus long sur l'arrêté B.

Le président de la commission a fort bien exposé les raisons tout à fait évidentes qui justifient le rejet de l'initiative. L'article 34bis actuel de la constitution permet, dans sa concision, toutes les améliorations souhaitables dans le domaine de l'assurance-maladie. Il n'existe donc aucune raison valable de le modifier par l'initiative ou par un contre-projet de même niveau. Les modifications éventuellement nécessaires doivent s'opérer au niveau de la loi et nous savons tous que le Conseil fédéral s'y emploie à partir des rapports des quatre experts qu'il a désignés.

En revanche, les dispositions transitoires prévues par l'initiative et qui en constituent en fait le «noyau dur» prévoient une augmentation massive des subventions fédérales aux caisses-maladie, si massive que cela déséquilibrerait gravement les finances fédérales et rendrait vraisemblablement nécessaires des augmentations d'impôts fédéraux importantes et urgentes, puisqu'il faudrait trouver rapidement 2 à 3 milliards de recettes supplémentaires. C'est du reste le principal danger de cette initiative, quoi que puissent en dire ses auteurs. Par conséquent, il ne fait pour moi aucun doute que cette initiative doit être rejetée et que tous les moyens nécessaires doivent être mis en oeuvre pour inciter le peuple et les cantons à se prononcer dans ce sens.

J'en viens à l'arrêté B et au contre-projet que nous propose la majorité de la commission. En effet, le but visé par cette majorité est avant tout tactique: amener les initiants à retirer leur initiative, ou tout au moins pousser le souverain à la rejeter. Pour ce qui est du rejet de l'initiative, je suis certain qu'il s'agit là d'une pure illusion. Jamais les caisses-maladie ne la retireront, même si elles soutiennent le contre-projet indirect. L'avantage des caisses-maladie est évident: d'abord soutenir le contre-projet qui leur apporterait quelques centaines de millions de subventions supplémentaires, et, une fois qu'il sera accepté définitivement, maintenir l'initiative dont l'acceptation leur apporterait encore 2 milliards supplémentaires. Il ne faut donc pas croire que le contre-projet soit un moyen d'obtenir le retrait de l'initiative. Les récentes déclarations des organes directeurs des caisses-maladie sont parfaitement claires et ne laissent aucun doute sur leur volonté de maintenir leur initiative.

Le contre-projet peut-il par contre satisfaire l'opinion publique au point d'influencer le vote sur l'initiative? Je n'en crois rien. Ce projet est, à 90 pour cent, la reprise textuelle du projet rejeté massivement par le peuple il y a à peine un an. On peut argumenter que le rejet de décembre 1987 a été dû à l'introduction simultanée de l'assurance-maternité, mais ce n'est que partiellement vrai. Bien des électeurs, notamment en Suisse romande, ont voté «non» en raison de la révision de l'assurance-maladie, de son peu d'efficacité sur les coûts, de sa limitation de la liberté de traitement des fournisseurs de soins, de son caractère antifédéraliste dans la gestion des hôpitaux. Bien plus, une majorité des électeurs qui ont voté oui l'ont fait malgré la révision de l'assurance-maladie pour faire enfin aboutir l'assurance-maternité, nécessité sociale que le souverain attend du Parlement depuis quarante ans. Je le dis d'autant plus volontiers que j'ai fait campagne pour ce projet il y a un an.

Je n'irai pas jusqu'à prédire un référendum contre l'arrêté B s'il passe le cap de nos deux conseils, bien que cela ne soit nullement exclu, mais je suis certain que ce contre-projet n'aidera en rien à repousser l'initiative; bien au contraire, il risque d'amener l'électeur à penser qu'il y a quelque chose à faire en faveur de l'initiative puisque l'Assemblée fédérale ne

dit pas un non catégorique, et ce que Mme Simmen vient de dire me le confirme: «Die Initiative ist nicht ohne Grund entstanden.»

J'en arrive aux autres raisons de s'opposer à ce contre-projet. Premièrement, il est indécent de reprendre des solutions que le peuple a refusées si récemment. Ce serait, me semble-t-il, aussi déplorable venant du Parlement que la réitération de certaines initiatives de l'Action nationale. En pratiquant une telle méthode, nous nous discréditerions, et pire, nous discréditerions les institutions démocratiques.

Deuxièmement, ce contre-projet n'a pas été soumis à la procédure de consultation, en sorte qu'on ne connaît pas l'avis des cantons, qu'il touche cependant de diverses manières, ne serait-ce que dans leur politique hospitalière et dans leur responsabilité de financement – et je vous rappelle à ce propos que nous avons reçu deux lettres s'opposant au contre-projet, l'une des cliniques privées, et l'autre, beaucoup plus importante, émanant de la VESKA, l'association suisse qui groupe tous les établissements hospitaliers de notre pays. Nous ne connaissons pas non plus l'avis des caisses-maladie, sinon que ce contre-projet ne les incite pas à retirer leur initiative, ni l'avis des assureurs privés, ni surtout celui des assurés, et j'en oublie probablement.

Il me paraît extrêmement léger de se lancer dans une telle aventure sans rien savoir des réactions des intéressés. Rappelons-nous que l'échec de l'année dernière a aussi été celui d'un projet dont une partie importante n'avait pas été soumise à la procédure de consultation.

Troisièmement, cela est grave, le contre-projet ne résout en rien les problèmes actuels de l'assurance-maladie, et notamment celui qui touche à l'augmentation des coûts. M. Delalay a parlé hier «des mesures adéquates et cohérentes pour enrayer l'augmentation des coûts» que contiendrait le contre-projet. Je ne vois pas du tout où M. Delalay a vu ces mesures «cohérentes», pour ma part je ne les ai en tout cas pas trouvées dans ce projet. Dans ce domaine, le contre-projet reprend certes les dispositions déclamatoires du précédent projet sur l'économie des traitements, dont personne n'attend de grande efficacité. En revanche, il atténue la participation des assurés aux frais de traitement, seule mesure réellement efficace contre le gaspillage des soins.

Quatrièmement, malgré son inefficacité, ce projet coûterait un milliard 220 millions par an à la Caisse fédérale, soit 100 millions de plus que le projet refusé en 1987. Comme nous l'a exposé en commission le chef du Département de l'intérieur, le Conseil fédéral ne peut accepter une telle exagération dans les subventions.

Cinquièmement, on peut se demander pourquoi la commission n'a pas élaboré un meilleur projet. Ce n'est en tout cas pas la faute de son président qui n'a épargné ni son temps ni sa peine pour préparer ce contre-projet et si j'ai quelque regret de le combattre c'est en pensant à l'énorme travail qu'a fourni M. Huber.

Les raisons sont ailleurs. La commission ne pouvait matériellement pas, dans le bref délai qui lui était imparti, présenter un nouveau projet. En outre, la majorité de la commission a travaillé dans le but d'obtenir le retrait de l'initiative des caisses-maladie. C'est dire qu'elle a fait tout son possible pour satisfaire les désirs de celles-ci sans trop tenir compte des intérêts des autres intéressés à l'assurance-maladie. Cela ressort de plusieurs articles.

Une fois de plus, on constate que travailler sous la menace d'une initiative populaire est un mauvais système. Il vaut mieux rejeter l'initiative et au besoin, comme c'est le cas ici, passer ensuite aux réformes nécessaires, c'est ce que le Conseil fédéral n'a pas toujours su faire, c'est cependant ce qu'il entend faire dans le cas présent. Il serait désolant que notre conseil ne suive pas ici la sage proposition du gouvernement. Du reste, la triple votation d'il y a dix jours a bien montré que le souverain était assez sage pour repousser les initiatives exagérées sans qu'il soit nécessaire de l'appâter par un contre-projet.

Sixièmement, que la loi sur l'assurance-maladie doive être révisée, cela ne fait pas de doute. Il y a, pour ma part, seize

ans que je participe, dans ce but, aux travaux de diverses commissions parlementaires en présence de quatre conseillers fédéraux successifs. J'ai chaque fois soutenu les projets issus de ces commissions devant le peuple, c'est dire que je suis convaincu de la nécessité d'une révision, mais encore faudrait-il un projet efficace. Or, le Conseil fédéral nous promet une révision totale, basée sur les rapports que les quatre experts ont déposé il y a trois mois. Ces intéressants rapports des experts suggèrent diverses possibilités de refonte plus ou moins complète du système. Attendons donc ce projet et ne compliquons pas les choses par un contre-projet qui ne résoud rien, qui ne provoquera ni le retrait de l'initiative ni son rejet par le souverain, qui marque une crainte du Parlement devant l'initiative et, par là, la renforce et qui risque de compromettre le projet que le Conseil fédéral est en train de mûrir. Au lieu du contre-projet, il faut se contenter d'un non franc et massif, comme aurait dit le général de Gaulle, à l'initiative.

Pour toutes ces raisons, je vous invite à voter la proposition de la minorité et de ne pas entrer en matière sur l'arrêté B.

**Frau Weber:** Ueberlegungen, insbesondere betreffend die finanzielle Belastung, die uns die Initiative bringen würde, veranlassen uns dazu, klipp und klar sagen zu können, dass sie überrascht ist. Anders steht es mit den Motiven, die hinter der Initiative stehen. Die Initiative wurde aus einer tiefen Sorge und Kenntnis um die Probleme unseres Gesundheitswesens lanciert. Die Initianten wissen auch, dass die Krankenkassen in Gefahr sind. Wir wissen, dass ein Schrumpfung-, ein Konzentrationsprozess bei den Kassen im Gang ist. Ich meine deshalb, dass die Initiative ein echtes Problem aufgreift.

Ich bin der Meinung, dass wir uns bezüglich eines Gegenvorschlages nicht so schwertun müssen. Wenn eine Initiative, die ein echtes Problem aufwirft, vorliegt, sie aber Mängel oder gewisse Fehler aufweist, sollten wir die Gelegenheit ergreifen und einen Gegenvorschlag ausarbeiten.

Kollege Hänsenberger sagte gestern, dass wir unsere Arbeit ohne Rücksicht auf Initiativen tun sollten. Ich meine, dass uns kein Stein aus der Krone fällt, wenn wir einen guten Gedanken aus einer Initiative aufnehmen und umsetzen. Das gibt letztlich auch den Initianten Gelegenheit, eine Initiative ehrenvoll zurückzuziehen. Ich bin sicher, dass die Initianten das auch tun werden, wenn wir diesen Gegenvorschlag verabschieden.

Mit einem Gegenvorschlag würden wir auch einen kleinen Schritt in Richtung Einleitung einer Diskussion über eine Gesamtrevision tun. Auf eine Totalrevision werden wir aber sicher warten müssen. Auch wenn der Bundesrat sehr speditiv vorwärtstreibt, glaube ich, dass – mit allen kommenden Verhandlungen – mit 10 bis 15 Jahren Wartezeit gerechnet werden muss, bis eine Totalrevision über die Bühne ist. Deshalb bin ich der Meinung, dass wir nun pragmatisch in kleinen Schritten an die Arbeit gehen und einen Gegenvorschlag verabschieden sollten.

Im Gesundheitswesen haben wir es mit einer echten Pattsituation zu tun. Jahrelang haben wir in den Räten über eine Revision beraten; wir haben schliesslich eine akzeptable Lösung gefunden, aber der Volksentscheid war deutlich negativ. Im weiteren liegen zwei Volksinitiativen auf dem Tisch. Es sind in unserem Lande sehr viele Interessenvertreter da, die sich alle gegenseitig bekämpfen, weil jeder kompromisslos nur seine Lösung sieht. Ich denke an die Aerzte, an die Patienten, an die Spitäler, an die «Krankenkässeler» usw.

Aber die echten Probleme schleckt keine Geiss weg; sie sind da! Wie Herr Miville gestern sagte, gilt es, sich zusammenzuraufen und den kleinstmöglichen Nenner zu suchen. Ich meine, dass wir ihn weitgehend in diesem Gegenvorschlag gefunden haben. Wir haben einen Kompromiss gefunden. Es muss deutlich gesagt werden, dass es sich nicht um eine hastige Teilrevision handelt; dieser Aeusserung möchte ich widersprechen. Der Gegenvorschlag baut vielmehr auf bereits Erarbeitetem auf; deshalb profitierten wir in der Kommission zeitlich und inhaltlich gesehen von den Vorlei-

stungen, die in den Räten zu einer früheren Zeit erbracht wurden.

Der Gegenvorschlag bringt zum Glück einiges Neues in verschiedenen Bereichen. Ich denke an die Finanzierung, an die Leistungen. Er hält zum Glück auch am Solidaritätsprinzip fest, was mir für die Zukunft wichtig zu sein scheint. Wir leben heute nicht unbedingt in einer Zeit, wo Solidarität gefragt ist. Deshalb finde ich es wichtig, dass wir uns ausgesprochen für dieses Prinzip eingesetzt haben. Der Gegenvorschlag ist aber auch ein Schritt in Richtung Kosteneindämmung. Hier, meine ich, haben wir einen Bewusstseinsprozess vor uns, der gepflegt werden muss. Die jungen Bürger in unserem Land sind vielleicht nicht daran gewöhnt, kosteneindämmend zu denken. Es ist deshalb wichtig, dass wir in dieser Richtung etwas unternehmen und eine Bewusstseinsbildung in Gang bringen.

Wir haben das meines Erachtens im Gegenvorschlag sehr gut gemacht: indem die Kostenkontrolle im Spitalwesen eingeführt werden soll, indem die Kantone aufgefordert werden, obligatorische Planungen durchzuführen und indem man versucht, die Rechnungen der Patienten transparent zu gestalten, also eine Art Selbstkontrolle der Patienten und damit natürlich auch eine Aufsicht über die Leistungen der Aerzte einführt. Dass sich diese so sehr gegen solche Bestimmungen wehren, spricht meines Erachtens eher für als gegen unsere Arbeit. Das möchte ich auch deutlich sagen.

Ich meine also, dass wir auf den Gegenvorschlag eintreten sollten. Ich bitte Sie darum. Die Initiative aber ist abzulehnen.

**M. Béguin:** J'aimerais très brièvement appuyer ici les arguments très pertinents qui ont été développés hier soir par M. Haenssenberger et tout à l'heure par M. Gautier.

La démarche de la majorité de la commission m'apparaît comme particulièrement inopportune. En effet, l'on veut à tout prix, dans la précipitation, sans consultation, et sous l'empire de la peur, proposer à nos suffrages un projet qui n'a d'original par rapport au texte refusé par le peuple il y a un an, que l'abandon de l'assurance-maternité et l'augmentation des subventions de 100 millions, alors que le Conseil fédéral vient de recevoir les quatre avis d'experts qu'il a sollicités et dont il s'apprête à tirer la substantifique moelle afin de nous présenter un projet que l'on peut espérer global, cohérent et surtout novateur.

M. Cotti, conseiller fédéral, dont je me plais à souligner ici la sérénité, la logique et la constance, nous a déclaré lors de la dernière séance de commission que le Conseil fédéral était sur le point de saisir le Parlement, soit à fin février 1989.

M. Delalay rappelait hier soir que cela faisait une vingtaine d'années que la révision de l'assurance-maladie était à l'ordre du jour. Y a-t-il une urgence telle aujourd'hui que nous ne puissions attendre deux mois? La seule urgence à mes yeux, c'est la réalisation de l'assurance-maternité que l'article 34quinquies de la constitution exige depuis bientôt un demi-siècle. Grâce à l'initiative du canton de Genève, qui demande qu'elle soit instituée indépendamment de l'assurance-maladie – ce qui me paraît heureux – nous pourrions en débattre prochainement, puisque la commission *ad hoc* s'y est déclarée favorable.

Je vous invite donc à ajourner le débat d'aujourd'hui dans l'attente des propositions imminentes du gouvernement; nous y gagnerons certainement en crédibilité.

**Frau Meier Josi:** Ich stehe hinter den Anträgen der Kommissionen und möchte vor allem dartun, weshalb unser Gegenvorschlag nötig ist und echte Chancen hat.

Die schweizerische Politik zeichnet sich durch manch Gutes aus. Zu den negativen Seiten des Systems gehört die Langsamkeit, mit der wir echte Probleme vor uns herschieben. Sie erkennen in dieser Aussage einmal mehr das bekannte Bild vom Wagenmodell mit dem schwächsten Motor und den stärksten Bremsen.

Bei der Krankenversicherung kann man das Bild noch verschärfen. Wir schieben dieses Problem buchstäblich vor uns her wie einen Karren mit angezogenen Bremsen. Seit 1964, also seit einem Vierteljahrhundert, ist jeder Versuch gescheitert, den Karren wieder in Fahrt zu bringen. Damals schon zeichnete sich die Kostensteigerung deutlich ab. Damals begannen die barmherzigen Grattisschwestern aus den Spitälern auszuziehen und forcierte die Technik ihren Einzug. Damals bauten wir Spital um Spital und begannen uns gleichzeitig zu fragen, wem die Leistungen der teuren Intensivstationen überhaupt zugute kommen sollten. Damals schon beklagten sich unsere Vormünder wegen der sich häufenden Fälle von Ausgesteuerten, und damals begannen die Spezialisten ins Kraut zu schiessen, bis es fast so viele gab wie Heilige in der Bretagne: für jeden Körperteil kann ein besonderer angerufen werden.

Wir versuchten es mit kleineren und grösseren Anstössen. Ich denke an 1973 und 1987. Nichts fand vor dem Souverän Gnade, weniger weil – wie der Bundesrat meint – alle bei gewachsenem Wohlstand und steigendem Alter zufrieden und bereit sind, mehr für die Gesundheit auszugeben, sondern mehr noch, weil dieser gleiche Wohlstand die Notwendigkeit der Solidarität vergessen und die Konsensbereitschaft verkümmern liess.

Das Gesundheits- und Versicherungswesen ist bekanntlich zu einem von den Vorrednern zu Recht bedauerten Tummelfeld aller gegen alle geworden. Die Annahme der allgemeinen Zufriedenheit mit dem Stand der Dinge im Krankenversicherungswesen trifft für sehr viele Mitbürger nicht zu. Jene 400 000 neuen Armen, die heute unter dem Existenzminimum leben, leiden unter den dauernd steigenden Prämien ebenso wie kinderreiche Familien mit bescheidenem Einkommen oder ausgesteuerte Pflegebedürftige.

Für die Kassen selbst ist die Kostenexplosion zu einem auf mittlere und längere Frist unlösbaren Problem geworden. Ihnen fehlt mit den heutigen Gesetzen die Handhabe für echte Kostendämpfungen ohne Verlust der Leistungsqualität. Als die Abgeltung der frei weiterwachsenden Soziallasten noch radikal plafoniert wurde, versuchten sie verständlicherweise mit der Initiative das Gleichgewicht wieder herzustellen.

Die bundesrätliche Botschaft vermag in der Initiative nur die Kostenbegehren der Uebergangsbestimmungen zu erkennen. Zwar finde auch ich mit der Kommissionmehrheit, dass zweieinhalb Milliarden statt bloss rund eine Milliarde Franken die Bundesfinanzen zu sehr aus dem Gleichgewicht brächten. Aber wir verkennen die Absicht der Kassen, wenn wir die Initiative nur unter diesem Blickwinkel betrachten. Die Kassen haben eine andere Philosophie. Sie pochen mit Recht auf den Grundsatz, dass, wer befiehlt, auch zahlen soll. Solange wir den Versicherungen Sozialauflagen machen, haben wir auch von Bundes wegen für die Bezahlung geradzustehen. Wenn wir weniger Subventionen zahlen wollen, müssen wir den Kassen Handhaben geben, um wirtschaftliche Behandlungen zu fördern. Die Kassen sind also nicht einfach auf Geld aus. Sie wollten dem Bund von jeher für die nötigen Revisionen Beine machen, nicht mehr und nicht weniger. Sie wollen auch heute nichts anderes. Wir müssen den Zeitpunkt anschauen, in welchem die Initiative der Krankenkassen und jene der Gewerkschaften eingereicht wurden. Beide wollten auf die damals laufenden Revisionen einwirken. Wäre das Sofortprogramm vor einem Jahr angenommen worden, dann hätte das mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zum Rückzug beider Initiativen geführt.

Heute ist die Lage insofern anders, als wir alle, auch die Initianten, eine negative Volksabstimmung hinter uns haben. Die Initianten wissen genau wie wir, dass Aenderungen noch schwieriger geworden sind und tiefgreifende Neuerungen lange Auseinandersetzungen mit sich bringen. Gerade daher stehen die Chancen für einen Rückzug der Initiativen, wenn wir den Gegenvorschlag annehmen und fördern, gar nicht so schlecht, wie es die Minderheit meint. Ein Blick in die Hauspresse des Krankenkassenkonkordates lohnt sich. Da finden wir seit der letzten Volksabstimmung

noch und noch Titel wie «Ergreift der Bundesrat die Gelegenheit?», «Findet der Ständerat einen Weg aus der Ratlosigkeit?».

In einem Artikel der Adjunktin des Konkordatspräsidenten vom 1. Dezember 1988 werden die Ansätze unserer Vorlage zur Kostenbremsung, die Begrenzung der Kollektivversicherungen, der Lastenausgleich für Invalide und Altersrentner, die Oeffnung für neue Versicherungsformen und vieles andere positiv gewürdigt. Lassen Sie mich diese Stimme – man darf ruhig behaupten: His Master's Voice – zitieren: «Es ist sehr zu hoffen, dass der Rat auf die Vorlage eintritt, denn mit der blossen Aussicht auf eine Totalrevision des Gesetzes in 10 bis 15 Jahren können die heute brennenden Probleme nicht gelöst werden. Massnahmen zur Kostendämpfung und eine bessere Verteilung und Subventionierung der Alterskosten wie auch Prämienbeiträge der Kantone dürfen nicht auf die lange Bank geschoben werden. Eine solche Teilrevision, die im Nationalrat noch verbessert werden kann, steht einer spätern Totalrevision ja auch nicht entgegen. Die vier Expertenvorschläge, die vom Bundesrat im Hinblick auf diese Totalrevision in Auftrag gegeben wurden, zeigen allerdings, dass es bei diesem Unterfangen noch schwieriger und zeitaufwendiger als bei einer Teilrevision sein wird, eine konsensfähige Lösung zu finden.»

Kann man die Bereitschaft zur Prüfung eines Rückzuges deutlicher signalisieren? Ich meine nicht. Sollten die Kassen ihre Initiative wider Erwarten nicht zurückziehen, hätten wir mit dem Gegenvorschlag bestechende Trümpfe in der Hand. Im übrigen käme ja sinngemäss die Initiative vor dem Gegenvorschlag zur Abstimmung. Dies läge auch im Sinne der neueren Initiative Spoerry, zu der wir ja gesagt haben. Nicht nur die von den Kassen selbst begrüsst Kostendämpfungs- und anderen Bestimmungen, nein auch die beiden sehr populären Postulate «Oeffnung für Spitex» und «Aufhebung der Aussteuerung» gehören zu den dringenden Postulaten. Wir könnten zudem darauf hinweisen, dass der Gegenvorschlag die Postulate der Kassen mehr als nur ansatzweise erfüllt, besonders bei der Anpassung der Beihilfen an die Risiko- und Bevölkerungsentwicklung, wo wir mit 100 Millionen Franken Ausweitung den Wechsel in ein bedarfsgerechtes System ermöglichen. Diese Ausweitung wäre schon in Analogie zu den getroffenen Finanzentscheidungen etwa für die Bergbauernhilfe gerechtfertigt, sie ist es aber erst recht angesichts der erst jetzt voll bewusst gewordenen Alterskostenentwicklung.

Ich stelle die 1,2 Milliarden aber jenen 2,5 Milliarden gegenüber, welche eine erfolgreiche Initiative kosten würde. Wenn die 100 Millionen mehr als beim Sofortprogramm für Sie ein Stein des Anstosses sind, dann stimmen Sie bitte trotzdem nicht gegen Eintreten auf die Vorlage. Verlegen Sie diese Frage in die Detailberatung und die Differenzbereinigung zwischen den Räten!

Mangelnde Vernehmlassungen? Oberflächliche Gesetzgebungsarbeit? Kollege Hänsenberger hat diesen Vorwurf gleich selbst widerlegt, wenn er, der die letzte Revision so sorgfältig vorbereiten half, den Inhalt der Regeln als materiell richtig einstuft. Die meisten Bestimmungen haben zudem längst in Vernehmlassungen früherer Runden den Segen weitester Kreise erhalten, andere nahmen wir heraus – und von allen Leuten bekommen wir nie eine Zustimmung! Die Notwendigkeit der neuen, zusätzlichen Regelungen springt in die Augen.

Ich ziehe die Schlüsse:

1. Der Karren, den wir seit 1964 mühsam vor uns hergeschoben haben, steckt seit Dezember 1987 tief im Dreck. In einer solchen Lage denkt man vielleicht schon daran, dass es am besten wäre, einen neuen zu beschaffen. Aber man weiss doch, dass das seine Zeit braucht. Deshalb versucht man vernünftigerweise als erstes, den Karren aus dem Dreck zu ziehen, ihn wieder flott zu machen, damit man ihn noch so lange, wenn auch mühsam, fahren kann, bis der neue lieferbar ist.

2. Mit dem Gegenvorschlag tun wir genau das: Wir schaffen uns das Instrument zur Ueberbrückung einer Notlage. Wenn wir die Ueberbrückung nicht offerieren, dann werden die

Kassen garantiert ihre Initiative voll durchziehen. Sie sind dabei in einer viel komfortableren Lage als kürzlich die Leute von der Stadt-Land-Initiative: weil sie nämlich gar nichts Umwälzendes vorschlagen, sondern im System bleiben, weil sie 98,5 Prozent der Bevölkerung Erleichterungen versprechen können, weil sie mit der vollen Kraft ihrer Medien, die 98,5 Prozent der Bürger direkt erreichen, wirken können. Das werden sie voll ausnützen, weil sie dann alles zu gewinnen und gar nichts zu verlieren haben.

Ich schlage vor, dass wir in die Hände spucken und den Karren aus dem Dreck zu ziehen beginnen. Treten Sie auf den Gegenvorschlag ein.

3. Verzichteten Sie darauf, den Gegenvorschlag anzureichern oder dort Diskussionen zu wiederholen, die wir in den vergangenen Jahren ausgiebig zu den gleichen Punkten führten. Entscheidend ist, dass wir den Vorschlag jetzt ohne Verzug dem Zweitrat zuleiten können.

Stimmen Sie daher der Kommissionsmehrheit zu. Sie verdient Ihr Vertrauen.

**Danioth:** Ich möchte mich ebenfalls ausschliesslich zum Gegenvorschlag äussern und bin im Gegensatz zu Kollege Hänsenberger der festen Ueberzeugung, dass mit einem Eintreten auf den Gegenvorschlag nicht nur unsere argumentative Position besser wird, sondern dass sich die Lage verbessert und damit auch die politische Landschaft beruhigt. Das gibt uns dann Zeit, um die Totalrevision umfassend in Angriff zu nehmen. Es ist ja nicht primär unsere Aufgabe, eine fehlgeleitete Initiative zum Scheitern zu bringen. Das ist dann Sache des Souveräns. Unsere Aufgabe ist es, Probleme zu lösen. Dass sich hier Probleme angestaut haben, ist aus den verschiedenen Voten zur Genüge und deutlich hervorgegangen.

Nach meiner Meinung besticht der Gegenvorschlag durch eine realistische Einschätzung des Unerlässlichen und des zurzeit auf dem Gebiet der Krankenversicherungen Realisierbaren. Er verbessert die Leistungen dort, wo es angebracht und aufgrund des Umdenkens in weiten Kreisen der Bevölkerung angezeigt ist. Vor allem wird die bisherige Diskriminierung der spitalexternen Krankenpflege gemildert. Ich glaube, dass die Einsicht um sich greift, dass nicht allein die technischen Apparaturen eines Krankenhauses, sondern oft weit mehr die umsichtige und menschlich anteilnehmende Betreuung durch den Hausarzt bei der Behandlung vieler Krankheiten wichtig ist. Der unerschütterliche Glaube an die technisch-computergesteuerte Machbarkeit in der Hochleistungsmedizin ist heute ja einer differenzierteren Betrachtungsweise gewichen.

Der Gegenvorschlag ist vor allem auch sozial, indem er beispielsweise die Aussteuerung aufhebt und andere Diskriminierungen beseitigt, und ich wage zu behaupten, dass auch die bisherigen «Bergzuschläge» nun mit der Neuformulierung eine sozialere Dimension und Komponente erhalten. Der Gegenvorschlag fördert mit einem tragbaren Selbstbehalt die Eigenverantwortlichkeit der Mitbürger für ihre Gesundheit und Gesunderhaltung. Er betont vermehrt die Solidarität aller Bevölkerungsgruppen im Rahmen unserer Volksgemeinschaft. Er trägt schliesslich mit diversen griffigen Massnahmen – das scheint mir ganz wesentlich zu sein – zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen bei. Etwas mehr Glasnost im oft undurchsichtigen Interessengeflecht der zahlreichen Partner kommt letztlich allen, nicht zuletzt dem Patienten, zugute.

Noch zu etwas ungewöhnlichen Vorgehen der ständerätlichen Kommission: Ausserordentliche Situationen verlangen aussergewöhnliche Lösungen! Es ist ein besonderer Glücksfall – und ich spreche hier nicht einfach als Parteikollege, sondern aufgrund der Beobachtungen, die ich während drei Sitzungen, als ich als Ersatzmitglied mitwirken konnte, gemacht habe –, dass der Kommission ein Präsident vorstand, der nicht nur grosse politische Erfahrung sein eigen nennt, sondern auch eine beträchtliche Sachkenntnis im Gesundheitswesen einbringen konnte. Er hat es verstanden, mit Engagement und Umsicht einen eigenen Zug in Fahrt zu setzen und ihn bis jetzt sicher an allen Fährnissen

vorbei bis an dieses Etappenziel zu führen. Geben wir ihm nun grünes Licht für die Weiterfahrt zum Ziel!

All jenen, die auf die Totalrevision warten wollen, möchte ich sagen: Lieber heute den Spatz in der Hand als morgen die Taube auf dem Dach.

Ein Eintreten auf den Gegenvorschlag schliesst die Modifikation einzelner Bestimmungen keineswegs aus.

**Frau Bühler:** Der Bundesrat und die Kommission lehnen die Krankenkassen-Initiative ab. Das ist verständlich. Die finanzielle Mehrbelastung des Bundes wäre bei einer Annahme – insbesondere wenn die Gesetzgebung auf sich warten liesse, was nicht auszuschliessen ist – recht happig. Soweit die Argumentation gegen die Initiative die finanziellen Konsequenzen im Auge hat, kann ich sie nachvollziehen.

Der Bundesrat erachtet die Initiative aber auch als unnötig. Die Grundsätze, die die Initiative aufstelle, seien «bereits weitestgehend erfüllt oder können, soweit noch erforderlich, ohne weiteres auf der Grundlage des geltenden Verfassungsartikels .... erfüllt werden». Hier kann ich dem Bundesrat nicht folgen. Das tönt mir zu optimistisch, zu sehr nach fast heiler Welt. Dabei ist die Situation für die Kassen und als Folge davon auch für die Versicherten beinahe dramatisch. Die Kassen stehen vor unüberwindlichen finanziellen Problemen. Wenn nicht rasch etwas geschieht, ist für manche Kasse der Kollaps unvermeidlich. Die Prämien steigen und steigen. In einer solchen Situation ist es nicht verwunderlich, dass die Entsolidarisierung zwischen den guten und schlechten Risiken voll im Gange ist. Ohne Versicherungsobligatorium wird dieser Prozess kaum aufzuhalten sein. Die jüngste Prämienhöhung war unvermeidlich, und es werden weitere folgen. Die Belastung hat für Familien mit bescheidenen Einkommen das vertretbare Mass längst überschritten.

Die Prämien sollten nach Massgabe der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit erhoben werden, wie das die Initiative der Sozialdemokraten und des Gewerkschaftsbundes fordert, wobei nebst den Lohnprozenten auch die Steuern in Frage kommen: der Weg über die Steuern ist unzweifelhaft die sozialste Art, die Beiträge einzutreiben. Solange die Prämien nicht nach Massgabe der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit erhoben werden, verdient unser Krankenversicherungssystem das Attribut «sozial» nicht.

Die Krankenkassen-Initiative bringt in dieser Beziehung leider keine Verbesserung. Trotzdem bin ich nicht bereit, sie abzulehnen. Zu vieles liegt bei der Krankenversicherung im argen. Wenigstens bringt die Initiative den Kassen in finanzieller Hinsicht wieder festen Boden unter die Füsse. Dass das Ausmass der Belastung für den Bund Fragen der Tragbarkeit aufwirft, ist klar. Gerade dieser Aspekt müsste uns befähigen, einen guten Gegenvorschlag zu präsentieren, der in finanzieller Hinsicht den Kassen soweit wie nur irgend möglich entgegenkommt. Ich verweise auf den Antrag von Kollege Miville bei den Uebergangsbestimmungen. Dieser Antrag könnte, würde er angenommen, den Weg zum Rückzug der Initiative öffnen.

Im Gegenvorschlag sehe ich keineswegs nur einen taktischen Schachzug gegen die Initiative. Mit dem Gegenvorschlag wird ein kleiner, aber richtiger Schritt getan. Es stimmt zwar, dass wir weit davon entfernt sind, das Uebel – die gewaltige Kostenexplosion – an der Wurzel zu treffen. Solange die alten Spielregeln auf dem Gesundheitsmarkt praktiziert werden, werden die Kosten weiterhin steigen. Der Hinweis auf die Ueberalterung der Bevölkerung ist richtig. Das ist einer der Faktoren, aber längst nicht der einzige. Die Ueberalterung wird oft als Feigenblatt für die Kostenexplosion gebraucht. Diese Ueberalterung wird überlagert von anderen Fakten. Die zentrale Ursache für die Kostenexplosion liegt meines Erachtens anderswo. Ich will es ganz knapp und ganz hart sagen: Es wird zu viel verdient, es wird zu leicht verdient; es wird in unserem Gesundheitswesen auch zu viel verschwendet. Mit Fingern auf die Patienten zu zeigen und sie zur Selbstverantwortung aufzurufen, grenzt an Zynismus. Suchen Sie den Patienten, der seinen Arzt auf Fehler aufmerksam macht, der sich vielleicht sogar weigert,

Leistungen, die er als überflüssig oder gar als falsch erachtet, zu bezahlen respektive durch die Kassen bezahlen zu lassen! Dem Patienten wird die Kompetenz und damit das Recht, Leistungen und Anordnungen des Arztes zu beurteilen, glatt abgesprochen. Der sogenannte mündige Patient ist eine Fiktion. In Wahrheit ist der Patient von sich aus in nur sehr bescheidenem Ausmass in der Lage, selbst zu bestimmen und zur Kostendämpfung beizutragen. Kostendämpfung heisst eben auch, dass der Kuchen schrumpft! Diese Gefahr ruft die Nutzniesser des Systems auf den Plan, die Nutzniesser, die sich in wachsender Zahl um den wunderbarerweise wachsenden Kuchen scharen. Sie wissen ihre Interessen zu verteidigen: Die Angebote werden laufend ausgebaut, perfektioniert, verfeinert. Ein Beispiel für viele: Allein die extreme Technisierung eröffnet ungeahnte Möglichkeiten, um die Maschinerie in Schwung zu halten. Die Richtung ist gegeben. Jede Abweichung von der Norm, sofern sie messbar ist, wird zur behandlungswürdigen Krankheit. Dieser Prozess ist längst nicht abgeschlossen. Noch wissen viele Leute nicht, dass sie krank sind ....

Der Patient zappelt hoffnungslos in dicht geknüpften Netzen, und ohne Hilfe bleibt der Ruf nach Selbstverantwortung ein leeres Wort. Der Versicherte ist gar nicht in der Lage, kostengünstigere Verfahren und kostengünstigere Medikamente zu wählen oder Ueberflüssiges abzulehnen. Deshalb wird auch die stärkere finanzielle Beteiligung des Versicherten – wie sie der Gegenvorschlag vorsieht und ich sie in diesem Ausmass für problematisch halte – weitgehend ein Schlag ins Wasser bleiben.

Nur zusammen mit den Krankenkassen – wenn überhaupt – ist Abhilfe möglich. Ich erachte deshalb Artikel 23 Absatz 2, der den Versicherten Transparenz über die Leistungen und die Rechnungstellung verschafft, und insbesondere Artikel 18, der die Kontrollmöglichkeit der Kassen durch Vertrauensärzte näher umschreibt, als absolut zentral. Die Grundlage ist geschaffen. Handeln müssen die Kassen. Es wird ein dornenvoller Weg sein, den die Kassen zu beschreiten haben. Denn wo es um viel Geld geht, wird mit harten Bandagen gekämpft.

Der heutige Zustand, der den Aerzten praktisch Handlungsfreiheit innerhalb eines sehr weit gesteckten Rahmens gibt, kommt uns teuer, zu teuer zu stehen. Wo – so frage ich Sie – gibt es einen Berufsstand, der anstandslos alles bezahlt bekommt, der sogar noch an seinen Fehlleistungen verdient? Bekanntlich braucht es sehr grobe Verstösse gegen die Regeln der ärztlichen Kunst, bis ein Arzt zur Verantwortung gezogen werden kann. Im Normalfall wird alles bezahlt, auch das Unnötige, auch das Falsche.

Die Aktivitäten der Kassen dürften sich nicht auf eine vermehrte Kontrolle der Aerzte beschränken. Die Kassen müssten vielmehr dauernd die Szene beobachten und registrieren, wo kostengünstige und wirksame Behandlungsmethoden und Medikamente zur Anwendung gelangen, und diese Informationen an die Mitglieder weiterleiten. Bei den Krankenkassen laufen alle Fäden zusammen. Sie müssten durch gezielte Informationen ihre Mitglieder in die Lage versetzen, Selbstverantwortung zu üben. Es darf nicht länger vorkommen, dass erfolgreiche Methoden, die von Aerzten etwas abseits der gängigen Heerstrasse entwickelt wurden, nur auf kleinstem Raum wirksam werden, personengebunden bleiben und mit dem Tod des Arztes alsbald in Vergessenheit geraten. Es ist erwiesen, dass viele erfolgreiche, hervorragende Aerzte ihre Erkenntnisse nicht weitertragen können – nicht, weil sie ein Geheimnis daraus machen würden, sondern weil sich anscheinend keine Fakultät und kein Kollege wirklich dafür interessiert. Die Interessen des Patienten und das volkswirtschaftliche Interesse an einem kostengünstigen Gesundheitswesen sind offenbar zweitrangig, vielleicht sogar inexistent.

Die Patienten müssten durch die Kassen informiert werden, damit sie nicht mehr wie blinde Hühner in die Wartezimmer zu strömen brauchen. Sie müssten vergleichen können und wissen, wo sie kostengünstig zu der nötigen ärztlichen Hilfe gelangen. Dass damit eine echte Konkurrenz, basierend auf der Qualität der Leistungen, zwischen den Aerzten ent-

stünde, kann uns nur freuen. Der noble, fast mystische Schleier, der heute über die ganze Gesundheitsszene gebreitet ist, der die modernen Medizinmänner schützt und fast unangreifbar macht, muss zerrissen werden. Wenn dieser Gegenvorschlag eine Handhabe dazu bietet, hat er einen wichtigen Zweck erfüllt.

Ich bitte Sie, auf die Vorlage einzutreten.

**Jelmini:** Ich werde im Prinzip der von der Kommission ausgearbeiteten Vorlage und besonders ihrem provisorischen Charakter im Sinne der Möglichkeit für weitere Verbesserungen zustimmen. Ueber die Initiative werde ich nicht sprechen. Diesbezüglich teile ich die Schlussfolgerungen des Bundesrates und der Kommission.

Bezüglich des Beschlusses B ist daran zu erinnern, dass die im letzten Jahr vom Parlament, aber nicht vom Volk angenommene Mini-Revision mit Recht als dringlich bezeichnet worden ist. Diese Dringlichkeit in vielen Beziehungen und für viele notwendigen Korrekturen bleibt bestehen und verdient eine Antwort.

Ich begreife die Haltung der Regierung und der Kommission minderheit, die nicht wieder nach kurzer Zeit Abenteuer erleben möchten. Man muss aber – um vielen alten und dringlichen Anliegen entgegenzukommen – den Mut haben, Lösungen zu suchen und zu verwirklichen, die einen gewissen Konsens im Parlament finden und nicht auf Opposition im Volk stossen werden.

In diesem Zusammenhang möchte ich bemerken, dass die verworfene Vorlage nach vielfachen Aeusserungen nicht allein wegen den beanstandeten Taggeldleistungen bei Mutterschaft gescheitert ist. Ebenso umstritten waren die Erhöhung des Selbstbehaltes für ärztlich-medizinische Leistungen und Medikamente sowie die Einführung eines Selbstbehaltes für Spitalkosten in der allgemeinen Abteilung. Die Krankenpflegeversicherten haben kein Verständnis dafür bekundet, dass – nachdem die ungeliebte Franchise den Zweck der Kostendämpfung in keiner Weise erreichen konnte – nun unter dem Titel «Kostendämpfung» ausschliessliche Finanzierungsmassnahmen verschleiert wurden.

Die Versicherten sind auch der Auffassung, dass die Unter- teilung der Spitalkosten, beispielsweise in der allgemeinen Abteilung, in eine Behandlungspauschale (umfassend die Pflichtleistungen) und eine Aufenthaltspauschale (umfassend Spitalbett und Verpflegung) genüge und es keiner weiteren Kostenbeteiligung bedürfe. Die Aufenthaltspauschale wird von den Krankenkassen nur bezahlt, wenn hierfür eine Zusatzversicherung besteht und die hierfür verlangten Beiträge die anfallenden Kosten decken.

Zu begrüssen ist, dass die Aufenthaltspauschale künftig nur noch während 60 Tagen separat in Rechnung gestellt werden soll. Dabei sollten aber bei längerdauernden Spitalaufenthalten Reduktionen – bei den Aufenthaltskosten wird vielfach auch von Hotelkosten gesprochen – wirksam werden. Oder es sollten für die Behandlungspauschale degressive Tarife vorgeschrieben werden.

Zur Kostendämpfung: Die Kostendämpfung in der Krankenpflege ist nur dann wirksam, wenn drei in sich gleichwertige Elemente dazu beitragen, nämlich: erstens wirtschaftlich vertretbare Arzttarife, Spital- und Medikamentenkosten (einschliesslich aller weiteren pflegerischen oder medizinischen Leistungen), zweitens die auf das notwendige Mass ausgerichtete Anbietung der ärztlich-medizinischen Leistungen und drittens das Kostenbewusstsein der Patienten mit dem Verzicht auf eine übermässige Inanspruchnahme dieser Leistungen. Die Krankenkassen selber können neben den Kontrollmassnahmen und Kontrolltätigkeiten nur bei den Tarifverhandlungen kostendämpfend wirken, was ihnen aber seitens der Spitalträger, der Aerzte und der pharmazeutischen Industrie den Vorwurf der Knausrigkeit oder des Unverständnisses einträgt.

Trotz dieser kritischen Bemerkungen bin ich für Eintreten auf die Vorlage der Kommission, deren gute und vortreffliche Arbeit ich anerkenne und danke. Ich möchte den positiven Inhalt nicht noch unterstreichen. Er ist bereits

bekannt. Ich hätte aber den Wunsch, dass der Departementsvorsteher – mit der ihm unterstellten Fachabteilung – für die weitere Vorbereitung der Vorlage im Nationalrat insbesondere die Wünschbarkeit und Zweckmässigkeit ernsthaft erwägt: erstens der Höhe und Gestaltung von Selbstbehalt und Franchise, zweitens der Kostenbeteiligung der Spitalpatienten bei der Behandlungspauschale und der Einführung depressiver Tarife bei Langzeitpatienten in Spitälern und Pflegeheimen und drittens der wirksamen Kostendämpfungsmassnahmen von seiten der Anbieter von ärztlich-medizinischen Leistungen und Medikamenten. Bei den Verhandlungen mit den Organen der Krankenkassen sollte die Durchführbarkeit der erwogenen Massnahmen geprüft werden.

In diesem Sinne votiere ich für Eintreten und verzichte – im Vertrauen auf eine gründliche Prüfung aller Fragen innerhalb des Departementes – auf Abänderungsanträge beim Selbstbehalt und bei der Kostenbeteiligung der Patienten bei stationären Aufenthalten in Spitälern und in Krankenheimen.

**Onken:** Auch ich möchte zum Gegenvorschlag sprechen und der Kommission zunächst ein Kompliment dafür machen, dass sie uns ein solches Projekt vorlegt. Ich finde, hier wurde gute parlamentarische Arbeit geleistet und der eigene Gestaltungsspielraum kreativ ausgenutzt.

Der Entwurf ist sehr pragmatisch, er ist auf das Machbare beschränkt und greift vergleichsweise kurz. Dafür gibt es Gründe. Deshalb kann diese Teilrevision die dringend erforderliche Gesamtrevision unseres Krankenversicherungswesens auch nicht ersetzen – ja, sie darf sie nicht einmal verzögern! Doch da setzen meine Befürchtungen ein. Ich frage mich, ob nicht vielleicht die Luft ein wenig draussen ist, wenn wir jetzt dieses Etappenziel erreichen; ob nicht der politische Wille vielleicht doch erlahmen könnte, Hand zu bieten zur Totalrevision unseres Krankenversicherungswesens. Das darf auf gar keinen Fall sein! Ich möchte vor allem auch Sie, Herr Bundesrat Cotti, fragen, wie Sie sich unter den Auspizien, die sich jetzt abzeichnen, das weitere Vorgehen vorstellen.

Zur Kostendämpfung: Das ist ja sozusagen das oberste Ziel, das man sich mit dieser Teilrevision setzt. Es ist aber nicht die Kostensteigerung, die die Hauptorgen bereitet, sondern es ist – wie Frau Bühler schon gesagt hat – die überproportionale Steigerung der Prämien, d. h. die einseitige Verlagerung der zunehmenden Kosten auf die Krankenkassen, auf die Krankenversicherungen. Es ist also die Verschiebung unter den Kostenträgern – weg von der öffentlichen Hand, weg von Bund und Kantonen und ihren direkten und indirekten Unterstützungen hin zu den Prämienzahlern der Kassen –, die die grossen Schwierigkeiten bereitet. Dazu kommt auch die Desolidarisierung, die weiterhin fortschreitet und die auch durch diese Revision letztlich nicht gebremst wird. Ich erinnere daran, dass 1980 die öffentliche Hand noch über 20 Prozent beigesteuert hat; 1985 waren es nur noch 17,2 Prozent, und dieser Prozentanteil ist weiterhin am Sinken.

Wie steht es nun aber mit den vorgeschlagenen Kostendämpfungsmassnahmen? Ich bin mir nicht so sicher, ob und inwieweit sie wirklich greifen werden. Sie erschöpfen sich in teilweise recht vagen «Kann-Bestimmungen». Frau Weber hat darauf hingewiesen, dass die Kantone aufgefordert werden, obligatorische Planungen zu machen. Ich lese aber nur, dass den Kantonen gesagt wird, sie «können» verbindliche Planungen festlegen, und die Kassen «können» überzogene Vergütungen zurückfordern. Überall sind es «Kann-Bestimmungen», deren Griffbarkeit zumindest anzuzweifeln ist, wenn der politische Wille nicht dahintersteht. Das gilt auch für den Artikel 22 Absatz 3 mit der Prüfung der Wirtschaftlichkeit; diese Regelung bestand ja teilweise schon bisher und zeitigte auch bisher nur eine bescheidene Teilwirkung.

Greifen wird die Dämpfungübung jedoch bei den Versicherten, indem deren Selbstbehalt, deren Kostenbeteiligung doch sehr nahrhaft erhöht werden wird; jetzt soll sogar der

Spitalaufenthalt in die Kostenbeteiligung einbezogen werden. Da muss man sich schon fragen: Wenn jemand auf Anordnung des Arztes ins Spital muss, ist das schon schwer und bitter genug. Muss er dann auch noch durch eine höhere Kostenbeteiligung «bestraft» werden? Ich weiss nicht, ob eine solche Massnahme irgendeine erzieherische Wirkung haben kann, ob sich dadurch jemand davon abhalten lässt, vielleicht allzu schnell, allzu leichtfertig eine solche Dienstleistung in Anspruch zu nehmen. Darauf zielt ja die Idee der Kostenbeteiligung ab. Hier geht man zu weit.

Ich frage mich also, ob insgesamt die «Opfersymmetrie» gewahrt ist. Hat man einmal ausgerechnet, was diese Kostenbeteiligungen der Patienten unter dem Strich bringen werden? Durch die öffentliche Hand, das wissen wir, sollen rund 300 Millionen Franken eingebracht werden. Aber was werden einmal mehr die Prämienzahler bzw. die Kranken beitragen müssen, um die Krankenversicherung zu sanieren? Jene, die hohe Prämien zu tragen haben, die laufend die Desolidarisierung miterleben und damit auch wieder steigende Prämien in Kauf nehmen – die also heute schon in einem hohen Masse beigezogen werden –, werden auf diese Weise nochmals mit zusätzlichen Kosten belastet; und diese Mehrlasten werden durch die Milderungen nur unzureichend oder nur teilweise gelindert. Beim Anstieg der Prämien bringt das Paket meines Erachtens vergleichsweise wenig. Die Neuverteilung der Subventionen wird der Durchschnittsfamilie unter dem Strich nicht sehr viel eintragen. Die Männerprämien fallen weg, damit wird wahrscheinlich die Familienprämie eher ansteigen, und die Ermässigung bei den Kinderprämien kann das nur teilweise oder gar nicht auffangen. Die einzige wirkliche Solidaritätsmassnahme, die ich sehe, ist die Prämienermässigung für wirtschaftlich Schwache. Das ist selbstverständlich zu begrüssen, aber es ist auch nur ein Tropfen auf den heissen Stein. Viele, die von der Prämienlast erdrückt werden, werden von dieser Neuerung nicht erfasst.

Wie würde wohl die Revision hier aussehen, wenn wir alle, wie es heute bei vielen Prämienzahlern der Fall ist, fast einen Monatslohn an die Krankenkasse entrichten müssten?

Der Weg führt selbstverständlich auch für mich über die Lösung der Prämienfrage. Hier muss die Solidarität zwischen den Alten und den Jungen, zwischen den sozial Schwächeren und den Wohlhabenden, zwischen Männern und Frauen ansetzen. Im Expertenbericht befürworten drei von vier Experten ein Obligatorium der Krankenversicherung. Der vierte schlägt immerhin einen Rückversicherungspool vor. Das ist der Ansatz, der weiterverfolgt werden soll. Deshalb kann diese Teilrevision die Totalrevision nicht ersetzen, wenn wir zu einer Krankenversicherung kommen wollen, die auf einer sozialeren Grundlage steht und den Prämienzahlern insgesamt mehr Gerechtigkeit bringt.

**Huber, Berichterstatter:** Zum Abschluss dieser für viele Ratsmitglieder überlangen Debatte möchte ich einige zentrale Punkte für Ihre Entscheidungsfindung aus der Sicht des Kommissionspräsidenten noch einmal beleuchten. Offenbar wurden hier echte Probleme – sowohl durch die Initiative wie auch durch den Gegenvorschlag – angesprochen. Denn wenn sie nicht echt wären, hätten Sie sich nicht mit dieser Hingabe, Intensität und Pluralität der Meinungen damit auseinandergesetzt.

Der erste Vorwurf, dem sich der Kommissionspräsident und die Mitglieder der Mehrheit zu stellen haben, der mehrfach geäussert wurde, heisst: Es liege hier ein rasch gebastelter Vorschlag vor, wobei die Subtilität der Formulierung noch ausgekostet werden muss: das Basteln verrät den Dilettantismus und die Raschheit den Zeitdruck, unter dem das alles entworfen wurde. Welches sind demgegenüber die Fakten? Wenn Sie sagen, der Entwurf sei zu 80 Prozent «Sofortprogramm», dann sind die Fakten die, dass Sie seit 1975 Ihre Experten laufen lassen. Dann kommen die Vernehmlassungen, später der Bericht zur Vernehmlassung, dann noch die vier Sparkommissionen des Herrn Bundesrates Hürlimann mit ihren Empfehlungen, die Monate, Jahre gearbeitet haben – ich hatte selber das Vergnügen, zusätzliche Erfah-

rungen in einer solchen Sparkommission zu erwerben –, dann kommt die Botschaft. Dann haben Sie ein Protokoll von 241 Seiten über die Diskussion der eidgenössischen Räte in Zusammenhang mit dem Projekt, über welches 1987 abgestimmt wurde. Meines Erachtens kann niemand sagen, dass die Meinungen der Beteiligten in diesen Fragen nicht eingeholt worden, nicht klar sind. Das belegt doch – ich erlaube es mir, das noch einmal in Erinnerung zu rufen – die Motion vom 7. Dezember 1987, die für Ihre Kommission eine ganz wesentliche Anregung war, die als Erstunterzeichner Herr Allenspach, als Mitunterzeichner die Namen der Herren Bonny und Blocher und vierzig anderer ehrenwerter Frauen und Männer trägt. Wenn diese am 7. Dezember verlangten, dass der Bundesrat das Sofortprogramm ohne Aenderung, aber ohne die Mutterschaftsversicherung vorlegen solle, und das Projekt jetzt wieder vorliegt, dann gibt der Bundesrat damit auch zu erkennen, dass es im Prinzip auch nach seiner Meinung keine Vernehmlassung braucht. Wir sind der Meinung, dass man daher durchaus den erwähnten Weg einschlagen darf – um so mehr, als rechtlich und politisch niemand einem Parlament, das sich mit einer derartigen Initiative konfrontiert sieht, die Möglichkeit verwehren darf, ohne Vernehmlassungen zu einem Gegenvorschlag zu schreiten.

Einige Bemerkungen zum sachlichen Kern: Ich möchte betonen, dass sich in der gesamten Kommissionsarbeit niemand gegen eine Totalrevision der Krankenversicherung ausgesprochen hat. Auch die Anhänger der Mehrheit sind der Auffassung, dass eine Totalrevision notwendig ist. Dass dies aber seine Zeit braucht, ist in dieser Debatte klar geworden. Wer hofft, dass in absehbarer Zeit Vorschläge auf dem Tisch liegen – so habe ich Herrn Béguin verstanden –, der irrt sich! Wenn Sie sehen, wie die Aussagen der Experten und diese Diskussion von heute morgen auseinanderklaffen – ich denke an die Frage des Obligatoriums, ich denke an andere Probleme, die im Expertenbericht angeschnitten worden sind –, so muss ich Ihnen sagen: Hier liegen Anstösse aus wissenschaftlichen Gremien und aus wissenschaftlichen Köpfen vor, die zwar helfen, die jedoch den Weg zu Lösungen nicht freigelegt haben.

Die zweite Bemerkung: Wenn wir jetzt nicht handeln, steigt die Belastung der Kassen, die Belastung der Versicherten und die Belastung der öffentlichen Hand. Die zentrifugalen Kräfte gewinnen Oberhand, und Sie werden – davon bin ich überzeugt – eine Teilrevision unter schlechteren, beinahe dramatischen Verhältnissen durchführen müssen. Das kann jedoch nicht der Sinn der Sache sein. Ich danke Herrn Kollege Hänzenberger, der uns bestätigt hat, dass wir zu 80 Prozent sehr gute Vorschläge des Sofortprogramms übernommen haben. Ich bin überzeugt davon, dass das, was wir hinzugefügt haben, weder von der Qualität noch von der Notwendigkeit her widersprüchlich ist zu dem, was im Sofortprogramm enthalten ist.

Es mag unter uns Leute geben, die Politik primär als Taktik betrachten. Ich gehöre nicht dazu. Wir treiben hier kein taktisches Spiel mit den Krankenkassen; das ist ein ehrlicher, offener Versuch, ein schwieriges Problem der Bundespolitik, das unseren Mitbürgerinnen und Mitbürgern unter den Nägeln brennt, einer Lösung einigermaßen näherzubringen.

Ein dritter Punkt: Es sind Bemerkungen an die Adresse der Beteiligten gemacht worden. Ich muss Ihnen sagen, dass meiner Ansicht nach Kassen und Aerzte konstruktive Elemente in der Gesundheitspolitik sind. Ich darf mich hier auf eine 12jährige Tätigkeit als Gesundheitsdirektor eines Kantons berufen. Ich habe das erlebt, und ich habe insbesondere auch die Krankenkassen als Organisationen erlebt, die zum Wort stehen, die realistischer Betrachtungsweise und realistischer Lagebeurteilung zugänglich sind. Es sind nicht irgendwelche Ultras oder Leute mit übertriebenen Erwartungen, sondern solche, die aufgrund einer jahrzehntelangen Erfahrung die Grenzen der schweizerischen Gesundheitspolitik sehr genau kennen.

Ich habe die etwas pauschale Kritik am Gesundheitswesen und die simple Reduktion auf die Kosten- und Verdienst-

frage von seiten von Frau Kollegin Bühler bedauert. Die Qualität des schweizerischen Gesundheitswesens ist ausgezeichnet. Die Mittel, die wir dafür einsetzen, sind sehr hoch. Das Gesundheitswesen wird von Gesunden kritisiert, und wenn diese Gesunden Patienten werden, loben sie es. Ich wäre durchaus in der Lage, prominente Beispiele dazu vorzutragen, wenn dies nötig wäre.

Es geht im Interesse der Allgemeinheit, der Versicherten, der Patienten, der öffentlichen Hand darum, jetzt vom Parlament aus aufzuzeigen, wo es langgeht; es geht um eine Integration von partiellen Interessen in eine mehr oder weniger gesamtheitliche Schau.

Wenn wir nun diese Teillösung – als solche möchte ich sie bezeichnen – bringen, dann schliesse ich persönlich den Rückzug der Initiative nicht aus, ohne mich selbstverständlich dafür verbürgen zu können. Ich sitze nicht in den entsprechenden Entscheidungsgremien und habe dazu auch keine Beziehungen. Ich bin aber der Meinung, dass ein kluges Abwägen bei den Krankenkassen Platz greift. Ich kenne sie als Partner, die klug abwägen können, genauso, wie ich auch die FMH mit ihrem neuen Präsidenten als einen klugen Partner kennengelernt habe.

Kommt diese Teillösung nicht, so haben wir nicht nur nein gesagt, sondern wir haben meines Erachtens der Herausforderung nicht entsprochen. Ich würde daher bitten, dass Sie nicht nur – wie wir es einhellig beantragen – die Initiative ablehnen, sondern dass Sie auf den Gegenvorschlag eintreten. Im Bewusstsein, dass Notwendigkeit getan zu haben, dürfen wir den Gegenvorschlag ruhig auch dem Urteil des Bürgers und der Bürgerin anheimstellen.

**M. Cotti, conseiller fédéral:** Si nous devons retracer l'épopée de la situation des caisses-maladie dans notre pays durant ces vingt dernières années, nous en arriverions aux conclusions de M. Huber. Nous pourrions définir cette histoire comme un processus ininterrompu de défaites ressenties à tous les niveaux. Lorsque le souverain a été appelé à trancher, il a contribué à sa façon par deux fois au verdict des urnes.

S'il y a un domaine en Suisse où nous nous trouvons politiquement face à une *tabula rasa*, c'est bien celui des caisses-maladie. J'en veux pour preuve la décision populaire de l'année dernière qui a réduit à néant vingt ans d'efforts, alors même que le plus petit dénominateur commun avait pu être trouvé après une tentative désespérée de consensus. Telle est la situation objective pour laquelle, non seulement le Conseil fédéral qui a présenté ses propositions à deux reprises, non seulement le Parlement qui les a soumises au peuple à deux reprises, mais notre société en général n'a pas su trouver le moindre des consensus.

Il faut tout de même tenter de trouver des explications à ce phénomène assez inhabituel, malgré les difficultés que nous rencontrons dans notre système.

Certaines interventions ont dramatisé la situation: «Nous sommes au bord du gouffre», a-t-on dit; la probité intellectuelle exige que je vous rappelle l'hypothèse du Conseil fédéral exposée dans le message: «Le résultat de ce scrutin permet même d'émettre l'hypothèse suivant laquelle la majorité de la population n'est en fait pas si mécontente du système actuel d'assurance-maladie». Le Conseil fédéral a été suffisamment nuancé; il ne formule qu'une hypothèse. Toutefois, l'examen des chiffres permet de replacer le tout dans un cadre suffisamment objectif. En ce qui concerne les coûts de la santé, ils sont, dans tous les pays industrialisés, soit comparés au produit intérieur brut, soit à la richesse. En Suisse, 7,3 pour cent du produit intérieur brut sont consacrés à la santé. Cette part est inférieure à celle consentie aux Etats-Unis, en Suède, en Allemagne fédérale et en France. Pour ce qui a trait à l'économie des ménages, je constate que l'ensemble des coûts de la santé par rapport au budget d'une famille suisse moyenne est de 8,5 pour cent, alors que celui consacré aux transports est de 9,8 pour cent. La famille suisse dépense donc davantage pour son déplacement que pour sa santé! De plus, le taux des dépenses de loisirs et de formation est de 12 pour cent.

Sont-ce des chiffres qui signifient que nous sommes à bout de souffle et que nous nous trouvons au bord d'un gouffre, prêts à être engloutis? Comme le président de la commission, je prétends que le système de santé suisse se défend, qu'il est un signe d'amélioration de l'état général d'une société, même si les dépenses de la santé augmentent. En outre, nous disposons des moyens de nous offrir un système de santé efficace. Non seulement nous en avons les moyens, mais notre système de santé, comparé à ceux de l'étranger, Madame Bühler, apparaît comme très efficace.

A juste titre, le président a relevé que les critiques sont en général soulevées par les personnes en bonne santé, car celles qui sont malades expriment leur satisfaction envers ce même système.

Est-ce que je voudrais affirmer, par là, qu'il n'y a rien à réviser, donc que tout fonctionne? Bien entendu, non! Vous connaissez les défauts essentiels de ce système.

En premier lieu, par rapport à d'autres branches de nos assurances sociales, l'assurance-maladie est peut-être le secteur qui revêt l'aspect le moins social pour la raison essentielle qu'elle ne tient nullement compte de la capacité financière des bénéficiaires donc des patients. On tente d'harmoniser les différences de coût provoquées par l'âge ou par le sexe, mais il n'y a pas d'harmonisation à l'échelon fédéral quant à la situation économique et sociale des assurés. C'est là l'aspect négatif essentiel et j'en tire la conclusion que, si le système apparaît encore acceptable à une majorité de Suisses qui peuvent s'offrir un bon système de santé, il devient de moins en moins supportable pour une minorité de Suisses qui sont plus touchés par l'évolution actuelle des coûts et par l'augmentation des cotisations aux caisses-maladie. La difficulté est que nous nous trouvons aujourd'hui face à une majorité relativement satisfaite, qui touche d'ailleurs, comme nous tous, directement ou indirectement, certaines subventions de la Confédération et à une minorité qui, elle, se trouve effectivement en état de nécessité. Je tenais à vous dire cela parce qu'il fallait replacer notre discussion d'aujourd'hui dans un cadre qui soit le plus objectif possible.

La révision est nécessaire, mais s'agira-t-il d'une révision totale? Aujourd'hui, la plupart d'entre vous ont invoqué la révision totale de la loi sur l'assurance-maladie. Il n'y a pas d'opposition sur ce point entre la majorité et la minorité, mais il faut se méfier des grands mots. Que signifie «révision totale»?

Au préalable, je dirai que je n'ai jamais parlé personnellement de révision totale. J'avais même dit en commission qu'il était presque oiseux de disserter sur l'utilité d'une révision totale ou non, ou encore d'une «petite révision totale» ou d'une «grande révision partielle». Il est certain, j'en conviens, qu'il faudra essayer, après la *tabula rasa*, de repenser le système, et la révision envisagée par le Conseil fédéral tentera donc bien d'aller en profondeur.

Toutefois, personne n'est en mesure de faire des promesses quant au résultat final de cette opération. M. Béguin m'a certainement mal interprété. D'ailleurs rien ne ressort, à ce sujet, du procès-verbal de la commission. Je n'ai jamais prétendu que le Conseil fédéral serait à même, en février, de présenter un message. Vous êtes parfaitement conscients de ce que cela implique: nous disposons des avis des quatre experts, qui sont actuellement à l'étude. Il faudra les filtrer, donner des lignes directrices pour une révision qui aille en profondeur, et cela exigera du temps. Il est donc justifié que nous prenions ce temps.

Après la *tabula rasa*, ne nous laissons pas imposer de pression temporelle! Nous voulons réexaminer le problème de manière approfondie, et nous aurons besoin de temps pour ce faire. Je ne peux donc pas m'engager avec précision quant aux délais, mais je peux dire qu'au cours du premier semestre 1989 le Conseil fédéral dégagera quelques lignes directrices fondamentales pour la révision et donnera ensuite mandat pour la préparation du projet de révision. Mme Weber a fait allusion – c'était bien elle, je crois – aux intérêts qui sont en jeu dans cette matière, et elle a cité les médecins, les hôpitaux, les cantons, les caisses-maladie, les

assureurs privés. Il est très difficile de définir l'ensemble des intérêts qui sont en jeu, mais nous ferons tous les efforts nécessaires – j'en prends ici l'engagement politique. Toutefois, je ne puis être prophète et vous prédire le résultat final de cet effort ni vous garantir qu'on ne se retrouvera pas, dans quelques années, devant une nouvelle *tabula rasa*.

Telle est, en toute objectivité, la situation. J'ajouterai que quatre éléments essentiels seront soumis à l'examen en profondeur: le premier concerne les prestations qui, déjà excellentes, ne nécessiteront pas de révision fondamentale. Le deuxième, essentiel, a trait au problème du financement et de l'équilibre entre les différents risques. Si aux risques actuels, supportés et harmonisés – risques dus au sexe ou à l'âge – devait s'ajouter le risque fondé sur la situation financière des familles, il se poserait un problème de déplacement de la couverture des risques. Serait-ce à l'Etat de couvrir ce nouveau risque, comme le demande d'ailleurs une motion des deux conseils, ou ne devrait-on pas tenter, à l'intérieur du système, une meilleure harmonisation des risques? Mme Simmen a salué le un pour cent d'harmonisation prévu dans le projet actuel. Je trouve que c'est une bonne idée en tant que «Ansatz», mais cela n'est pas suffisant et de loin lorsqu'il s'agit d'assumer matériellement la totalité du problème des risques. Le troisième aspect, lié directement au financement, est celui du système.

On a beaucoup parlé aujourd'hui de «Desolidarisierung». Cette dernière ne proviendrait-elle pas plutôt du système lui-même, Madame Bühler? Enfin, il y aurait encore beaucoup à dire sur le problème des coûts, mais je vous épargnerai ceci.

Il est certain que l'initiative des caisses-maladie n'est pas apte à résoudre ces problèmes. Elle est avant tout trop coûteuse, car elle met à la charge de l'Etat tous les coûts supplémentaires envisageables. Elle est superflue, car la base constitutionnelle actuelle est amplement suffisante pour couvrir une éventuelle révision, et même une révision en profondeur de la loi. Par conséquent, le Conseil fédéral propose le rejet pur et simple de l'initiative des caisses-maladie.

Est-ce que toutes les fois où l'on se trouve confronté à une initiative populaire, on doit véritablement proposer un contre-projet? Je déduis des interventions de Mmes Simmen et Meier que l'on y serait presque condamné pour éviter les dangers inhérents à une initiative populaire.

Le Conseil fédéral confirme mot pour mot ce qu'il a exprimé au chiffre 24 de son message (étapes suivantes). Il n'est pas d'avis qu'un contre-projet soit nécessaire. De temps à autre, il faut aussi dire que l'on refuse une initiative sans contre-projet, notamment lorsqu'elle est objectivement exagérée. C'est l'avis du Conseil fédéral, qui se voit renforcé par une évaluation de caractère formel que je tiens à souligner de manière très précise. En effet, il y a une année, le peuple suisse a refusé la loi par plus de 70 pour cent des suffrages. Cette loi contenait des idées assez comparables à celles du contre-projet.

Maintenant, on prétend que le peuple a simplement rejeté les aspects concernant la maternité mais qu'il a approuvé ceux qui se rapportaient à l'assurance-maladie proprement dite. Or, nous savons bien qu'il y a eu également une forte opposition vis-à-vis des éléments concernant celle-ci. Je me permets de vous dire qu'au fond il est arbitraire d'essayer, lorsque le peuple a refusé un projet dans son ensemble, de se substituer à lui pour dire: «Le peuple a repoussé ceci, mais il a tout de même voulu accepter cela.» Alors, je vous dis carrément que le Conseil fédéral n'accepte pas de donner sa caution à une telle pratique. Si le Parlement souhaite le faire, qu'il le fasse. Mais le gouvernement ne cautionne pas une procédure de ce genre.

Lorsque le Conseil fédéral considère que, même après le refus du peuple, une initiative ou un projet doit éventuellement être présenté à nouveau parce qu'il est nécessaire – peut-être sous une autre forme – il attend quelques années avant de remettre l'ouvrage sur le métier. Je vous rappelle, par exemple, le domaine de la culture où nous estimons qu'une base constitutionnelle est nécessaire. Nous atten-

drons encore quelque temps. Si jamais le peuple devait être appelé une nouvelle fois à voter, il faudra attendre de nombreuses années. Par conséquent, les aspects formels nous poussent à vous dire que le Conseil fédéral ne se sent pas autorisé à cautionner une opération de ce genre.

Matériellement, la situation se présente de manière totalement différente. S'il est vrai que les 90 pour cent de ce que vous proposez ont été repoussés par le peuple l'année passée, il est tout aussi vrai qu'ils avaient été soutenus par l'exécutif qui avait accepté les propositions émanant du Parlement lui-même pour le «Sofortprogramm». Ce dernier n'était pas une suggestion du Conseil fédéral, mais du Parlement. Il serait bien entendu vain de vous dire que nous nous opposerons matériellement à ce à quoi nous avons donné notre consentement il y a une année.

Je tiens simplement à vous dire que nous savions d'avance que le «Sofortprogramm», voulu par le Parlement l'année passée, ne résoudrait pas de manière décisive beaucoup de problèmes. Nous disons dans notre message que, déjà à ce moment-là, le programme d'urgence ne devait, certes, «pas être surestimé». Aujourd'hui non plus, nous ne le surestimons pas, mais nous devons admettre que, s'il s'agit de faire quelques petits pas, ceux qui sont proposés par la commission sont conformes à ce que le Conseil fédéral a approuvé l'année passée.

Mme Meier a affirmé que le «contre-projet» servira à rétablir un certain calme politique. Cette question m'intéresse moins. En revanche, la question suivante, par exemple, attire mon attention: «Le nouveau 'Sofortprogramm' servira-t-il à atténuer l'augmentation des coûts dont on se plaint?» Nous verrons, car je ne peux émettre d'avis définitif à ce sujet. Les calculs seront effectués d'ici à deux ou trois ans si ce «Sofortprogramm» entre en vigueur. Personnellement, je suis plutôt sceptique.

En conclusion, du point de vue matériel, l'exécutif ne peut pas s'opposer à ce qu'il cautionnait il y a une année.

En revanche, il y a un aspect à propos duquel le Conseil fédéral vous communique ouvertement son opposition. Cet aspect concerne les 100 millions supplémentaires qu'il faudrait verser aux caisses-maladie selon le nouveau «Sofortprogramm». Je vous parle à cœur ouvert. En ce qui me concerne, je serais absolument ravi d'octroyer 100 millions supplémentaires aux caisses-maladie. Je partage l'avis du président et admet que les caisses-maladie sont un partenaire essentiel avec lequel on doit et on peut collaborer. Mais, je vous avoue que je me sens lié par les limites que le Conseil fédéral doit s'imposer en matière budgétaire. Je pourrais venir vous dire: «Le Conseil fédéral s'oppose», et ne pas trop insister en pensant: «Si vous décidez ainsi, tant mieux pour moi qui suis appelé tous les jours à travailler avec les caisses-maladie». Je ne peux quand même pas opérer un «*dolus eventualis*». Je souhaite que vous observiez une certaine cohérence en politique financière. Or, l'année passée, dans le «Sofortprogramm» les subventions aux caisses-maladie avaient été augmentées d'environ 200 millions. Le Conseil fédéral avait été d'accord. Maintenant vous suggérez un «Sofortprogramm» mineur, mais qui dépasse de 100 millions les chiffres de l'année passée. Le Parlement a demandé il y a quelques semaines au gouvernement de diminuer le budget 1989 de la Confédération de 300 millions. Je ne vous cache pas que j'ai beaucoup regretté cette proposition car on a dû toucher aux crédits – bien entendu dans une faible mesure – destinés à la recherche scientifique. C'était douloureux, mais l'exercice a été accompli. Voulez-vous dès maintenant contribuer à compenser la réduction que vous nous avez imposée? Je vous laisse la décision, mais je dois, au nom du Conseil fédéral et de manière tout à fait convaincue, m'opposer à ces 100 millions supplémentaires pour des raisons de systématique et de cohérence financière.

**Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für eine finanziell tragbare Krankenversicherung (Krankenkassen-Initiative)»**

**Arrêté fédéral sur l'initiative populaire «pour une assurance-maladie financièrement supportable (initiative des caisses-maladie)»**

*Eintreten ist obligatorisch*

*L'entrée en matière est acquise de plein droit*

*Detailberatung – Discussion par articles*

**Titel und Ingress, Art. 1 und 2**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Titre et préambule, art. 1 et 2**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

*Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble*

Für Annahme des Beschlussentwurfes

37 Stimmen  
(Einstimmigkeit)

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

*Antrag der Kommission*

*Mehrheit*

Eintreten

*Minderheit*

(Hänsenberger, Béguin, Gautier, Schoch)

Nichteintreten

*Proposition de la commission*

*Majorité*

Entrer en matière

*Minorité*

(Hänsenberger, Béguin, Gautier, Schoch)

Ne pas entrer en matière

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Mehrheit

26 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit

14 Stimmen

**Hänsenberger:** Ich stelle den Antrag, die Vorlage – nachdem Sie nun Eintreten beschlossen haben – an die Kommission zurückzuweisen, mit dem Auftrag, eine Vernehmlassung durchzuführen. Der Ständerat soll in Kenntnis der Ergebnisse der Vernehmlassung entscheiden.

Sie haben eine rasche Revision des KMOV beschlossen, beschränkt auf einige Punkte, die als konsensfähig betrachtet werden. So sollten wir nun doch darauf hinarbeiten, dass ein nochmaliges Referendum möglichst ausgeschlossen wird. Wir sollten diesen Konsens schon in den Beratungen der Räte mit den verschiedenen interessierten Kreisen pflegen, nicht nur mit den Krankenkassen, sondern auch mit andern Interessierten. Wäre es dann nicht besser, wenn wir nun doch ein Vernehmlassungsverfahren einleiten würden, um nicht nochmals eine Ablehnung zu riskieren? Das bedingt aber, dass wir von der Idee des Gegenvorschlags wegkommen und ohne Zeitdruck am vorliegenden Beschluss B weiterarbeiten.

Ich befinde mich da in Übereinstimmung mit Herrn Bundesrat Cotti: wir sollten nicht unter Zeitdruck eine so schwierige Vorlage beraten müssen.

Sie alle haben Briefe erhalten von der Veska, der Schweizerischen Vereinigung der Privatkliniken, wie auch von der Groupe des médecins indépendants, für die offenbar das Ergreifen des Referendums bereits feststeht.

Da nun der Rat eintritt auf die Teilrevision, wollen wir diese Revision so sorgfältig wie möglich gestalten. Wir wollen die Meinung des Bundesrates verbindlich hören und die Ansichten der interessierten Kreise nochmals einholen.

Ich stelle diesen Rückweisungsantrag – er wird Ihnen jetzt ausgeteilt – mit dem Auftrag, ein Vernehmlassungsverfahren durchzuführen. Der Beschluss A könnte dann dem Nationalrat separat und sofort zugeleitet werden. Die Initiative und das Gesetzesreferendum werden damit zeitlich getrennt. Das Volk wird über diese Initiative abzustimmen haben. Das scheint mir richtig. Und wir beraten in aller Ruhe diesen Beschluss B weiter.

**Huber, Berichterstatter:** Dieser Rückweisungsantrag hat der Kommission nicht vorgelegen. Wir haben im Laufe der Eintretensdebatte über die Frage, ob die Öffentlichkeit, ob die interessierten Kreise an einer Teilrevision der Krankenversicherung mitarbeiten konnten, ausführlich diskutiert. Ich habe darauf hingewiesen, dass die Stellungnahmen zum Inhalt des Sofortprogramms damals in vollem Umfang über lange Zeit eingeholt wurden und vorgelegen haben.

Ich stelle fest, dass die Stellungnahmen, die uns bis jetzt zugekommen sind, sich in keiner Art und Weise von dem unterscheiden, was Sie seinerzeit vorgetragen haben. Die Positionen der Veska wie die der welschen Aerzte sind unverändert. Das sind Zeichen dafür, dass wir im Prinzip mit gleichen Positionen zu rechnen haben.

Aber wir haben auf der andern Seite Vernehmlassungen, die schwer wiegen. Ich habe sie mehrfach zitiert. Wir haben aber auch die Vernehmlassung jener Kreise, die im Nationalrat eine Motion gestartet und gefordert haben, dass sie das Sofortprogramm ohne die Mutterschaftsversicherung wieder sofort haben wollen. Dieser Tendenz sind wir im Rahmen des Konsensfähigen entgegengekommen.

Ich halte daher dafür, dass wir unter dem Gesichtspunkt der Beschleunigung der Arbeit wie der Auseinandersetzung mit der Initiative auf den Beschluss B eintreten.

Es ist ein profunder Unterschied – das werden einige von Ihnen in der Diskussion um die Stadt-Land-Initiative gemerkt haben –, ob Sie auf ein Projekt Zimmerli, auf eine Liste Jagmetti, auf eine Liste Rhinow – die haben uns damals alle Gott sei Dank publiziert vorgelegen – verweisen oder ob Sie sich auf ein von den Räten beschlossenes Gegenprojekt beziehen können.

Die Auseinandersetzung kann sicherer auf der Grundlage eines Gegenprojektes geführt werden. Im übrigen erlauben es auch die Zeitverhältnisse nicht, wie ich Ihnen dies im Eintretensreferat dargelegt habe; eine Rückweisung zur Einholung von Vernehmlassungen ist fruchtlos. Es stört den Ansatz, den wir jetzt mit der Diskussion eingeleitet haben. Ich möchte Ihnen daher beliebt machen, den Antrag von Herrn Kollege Hänsenberger abzulehnen.

**Jagmetti:** Erlauben Sie einem Nicht-Kommissionsmitglied zu sagen, dass ihm dieser Antrag ausserordentlich gelegen kommt, und zwar aus folgendem Grund:

Bei Vorlagen des Bundesrates sind wir mit den Formulierungen vertraut und können dort unsern Kollegen in der Kommission unsere Wünsche mitgeben.

So wie es jetzt in sehr verdienstvoller Weise geschehen ist, Herr Huber, sind wir am Schluss mit der Vorlage konfrontiert und können nur noch Einfluss nehmen, indem wir ins Plenum mit Detailanträgen zu Bestimmungen kommen, die doch reichlich beladen sind.

Ich hätte persönlich – um es zu konkretisieren – bei Artikel 19bis eine andere Variante hinsichtlich der Planung gewünscht, weiss aber als Realpolitiker, dass ich Ihnen doch nicht jetzt einen Antrag stellen und an dieser Bestimmung, die formuliert vorliegt, im Plenum herumdoktern kann.

Wenn ein solches Vernehmlassungsverfahren stattfindet – und vor allem die Kommission nochmals tagt –, gibt das den anderen Ratsmitgliedern Gelegenheit, über die Kommissionsverhandlungen noch einen Einfluss zu nehmen, indem man dort noch Vorschläge einbringen kann.

Ich begrüsse deshalb den Antrag von Herrn Hänsenberger.

**Schmid:** Gestatten Sie einem Nicht-Kommissionsmitglied, den Antrag von Herrn Hänsenberger zu bekämpfen.

Ich glaube, Herr Bundesrat Cotti hat sehr klar gesagt, worum es jetzt geht. Wir sind vor einem Scherbenhaufen, und dieser Scherbenhaufen ist interpretierbar. Eine mögliche Interpretation hat der Bundesrat von sich gegeben. Eine andere mögliche Interpretation hat dieser Rat nun mit dem Eintreten beschlossen. Diese Interpretation geht dahin, dass wir der Auffassung sind, dass das Sofortprogramm vom Volk akzeptiert worden wäre, wenn nicht die Mutterschaftsregel das Fuder überladen hätte. Das ist eine denkbare Interpretation.

Wenn wir nun dieses Programm, das als Kommissionsantrag vorliegt, so betrachten und es mit dem Sofortprogramm vergleichen, das wir seinerzeit beschlossen haben, dann sind die Abweichungen so klein, dass sich ein Vernehmlassungsverfahren nicht mehr rechtfertigt.

Was jetzt zu tun ist, ist das Programm durchzuziehen und zu schauen, ob ein Referendum ergriffen wird oder nicht. Dann hat das Volk allenfalls nochmals die Gelegenheit, sich dazu auszusprechen.

Ich glaube, das ist die einzige vernünftige Art und Weise, wie wir aus dieser unglückseligen Situation herauskommen.

Das Volk soll sich so rasch wie möglich darüber aussprechen, ob es sich – wie es Herr Bundesrat Cotti gesagt hat – in der jetzigen Situation wohlbefindet, ob es einverstanden ist oder ob es eine bestimmte Aenderung wünscht, die das Sofortprogramm minus Mutterschaft ist.

Aus dieser Ueberlegung bin ich der Auffassung, eine Rückweisung und ein nochmaliges Vernehmlassungsverfahren seien überflüssig. Wir kennen, was vorliegt. Wir sollten das nun, nachdem wir Eintreten beschlossen haben, so rasch wie möglich über die Bühne bringen.

#### *Abstimmung – Vote*

Für den Rückweisungsantrag Hänsenberger	11 Stimmen
Dagegen	20 Stimmen

#### *Detailberatung – Discussion par articles*

*Zustimmung zum geltenden Text, wo nichts anderes vermerkt ist*

*Adhésion au texte en vigueur, sauf observation contraire*

#### **Titel und Ingress**

*Antrag der Kommission*

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung**

Aenderung vom ....

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, nach Einsicht in einen Bericht der ständerätlichen Kommission, beschliesst:

I

Das Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

#### **Titre et préambule**

*Proposition de la commission*

**Loi fédérale sur l'assurance maladie**

Modification du ....

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse, vu le rapport de la commission du Conseil des Etats, arrête:

I

La loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie est modifiée comme il suit:

*Angenommen – Adopté*

**Aenderung von Ausdrücken****Antrag der Kommission**

In den Artikeln 27 Absatz 1 zweiter Satz und 33 Absatz 1 erster Satz wird der Hinweis auf den ersten Titel gestrichen. In den Artikeln 21 Absatz 6, 23 Absatz 1, 24 und 25 Absätze 1, 2 und 4 wird der Ausdruck «medizinische Hilfspersonen» ersetzt durch «medizinisch-therapeutisches Personal und Personen der spitalexternen Krankenpflege».

**Modifications rédactionnelles****Proposition de la commission**

La référence au titre premier est biffée dans les articles 27, 1er alinéa, 2ième phrase, et 33, 1er alinéa, 1ère phrase. Dans les articles 21, 6e alinéa, 23, 1er alinéa, 24 et 25, 1er, 2e et 4e alinéas, l'expression «personnel paramédical» est remplacée par l'expression «personnel paramédical et personnel prodiguant des soins hors de l'hôpital».

**Angenommen – Adopté****Art. 3 Abs. 4bis****Antrag der Kommission**

Sie können im Bereich der Kranken- und Mutterschaftsversicherung Zusatzversicherungen betreiben; diese sind unabhängig von der Grundversicherung zu finanzieren. Die Kassen regeln diese Versicherungen und können dabei für die Aufnahme, den Anspruch auf Leistungen und die Abstufung der Mitgliederbeiträge von diesem Gesetz abweichen, soweit es nicht ausdrücklich bestimmt, dass eine Vorschrift auch für Zusatzversicherungen gilt.

**Art. 3 al. 4bis****Proposition de la commission**

Elles peuvent gérer des assurances complémentaires dans le domaine de la maladie et de la maternité; ces assurances doivent être financées indépendamment de l'assurance de base. Les caisses réglementent ces assurances et peuvent, ce faisant, déroger à la présente loi en ce qui concerne l'admission des assurés, le droit aux prestations et l'échelonnement des cotisations; sont réservés les cas où la loi prévoit expressément qu'une de ses dispositions s'applique aussi aux assurances complémentaires.

**Angenommen – Adopté****Art. 5 Abs. 1****Antrag der Kommission**

Jede in der Schweiz wohnhafte Person, die das Rentenalter der AHV noch nicht erreicht hat, hat das Recht, in eine Kasse einzutreten, wenn sie die Aufnahmebedingungen erfüllt.

**Art. 5 al. 1****Proposition de la commission**

Toute personne résidant en Suisse, qui n'a pas atteint l'âge donnant droit à une rente de l'AVS, a le droit de s'affilier à une caisse dont elle remplit les conditions statutaires d'admission.

**Angenommen – Adopté****Art. 6bis Abs. 1 und 3****Antrag der Kommission****Abs. 1**

.... werden können. (Rest des Absatzes streichen)

**Abs. 3**

.... die Mitgliederbeiträge in der Kollektivkrankenpflegeversicherung sowie zur Erleichterung der Versicherung von Familienangehörigen und Minderjährigen ....

**Art. 6bis al. 1 et 3****Proposition de la commission****Al. 1**

.... puissent être constituées. (Biffer le reste de l'alinéa)

**Al. 3**

.... peuvent être échelonnées dans l'assurance collective des soins médicaux et pharmaceutiques ainsi que pour faciliter l'assurance des familles et celle ....

**Huber, Berichterstatter:** Wir bewegen uns hier auf einem Gebiet, das im Sofortprogramm nicht behandelt wurde. Entsprechend intensiv war dann auch die Beratung in der Kommission. Das Recht der Kollektivversicherung ist in Artikel 5bis Krankenversicherungsgesetz geregelt, die Mitgliederbeiträge aber in Artikel 6bis. Das bestehende Recht erlaubt Kollektivversicherungen sowohl bei der Krankenpflege-Grundversicherung wie bei den Krankenpflege-Zusatzversicherungen und in der nicht subventionierten Krankengeldversicherung. Diese Versicherungen werden abgeschlossen beispielsweise von Arbeitgebern für ihre Arbeitnehmer, von Arbeitgeber- oder Arbeitnehmerorganisationen für ihre Mitglieder sowie für deren Familienangehörige. Das führt dazu, dass in der Kollektivversicherung eine Sammlung guter Risiken und in der Einzelversicherung die schlechten Risiken sich tendenziell ansammeln. Die Konsequenz daraus ist eine Entsolidarisierung, auf der einen Seite tiefere und auf der anderen Seite höhere Prämien.

Die Kommission schlägt Ihnen vor, in der Krankenpflege-Grundversicherung, keineswegs aber bei der Krankengeldversicherung, dem Bundesrat die Kompetenz einzuräumen, den Spielraum der Prämienferenz festzulegen. Auch diese Aenderung hat damit zu tun, dass es darum geht, die ständig zunehmende Alterslast der Krankenkassen und der Versicherten zu mildern. Weitergehende Anträge, wie die Aufhebung der Prämienferenz überhaupt, wurden in der Kommission abgelehnt.

**Angenommen – Adopté****Art. 11bis****Antrag der Kommission****Randtitel****V. Informationspflicht der Kassen****Text**

Die Kassen teilen ihren Mitgliedern einmal im Jahr schriftlich mit:

- a. welche Krankenpflegeleistungen dem gesetzlichen Minimum entsprechen;
- b. welche weitergehenden Pflegeleistungen sie in ihrer Grundversicherung eingeschlossen haben;
- c. welche Zusatzversicherungen sie anbieten und wie hoch die entsprechenden Beiträge sind.

**Art. 11bis****Proposition de la commission****Titre marginal****V. Information par les caisses****Texte**

Les caisses communiquent par écrit à leurs membres une fois par année:

- a. Quelles prestations médicales et pharmaceutiques correspondent au minimum légal;
- b. Quelles prestations de soins complémentaires sont incluses dans l'assurance de base;
- c. Quelles assurances complémentaires elles offrent et quels frais supplémentaires il en résulte pour l'assuré.

**Angenommen – Adopté****Art. 12 Abs. 2, 3, 4, 5 und 6****Antrag der Kommission****Abs. 2**

....

1. bei ambulanter Versorgung;

b. die von einem Arzt angeordneten Heilanzeigen und Pflegeleistungen von medizinisch-therapeutischem Personal oder Personen der spitalexternen Krankenpflege;

2. bei stationärer Versorgung: die Behandlungspauschale für die allgemeine Abteilung und die Taxen für besondere diagnostische und therapeutische Leistungen (Art. 22quinquies); vorbehalten bleibt Artikel 22sexies Absatz 1;

....;

4. bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Entdeckung von Krankheiten sowie vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind.

*Abs. 3*

Die Leistungen der Krankenpflegeversicherung für die ambulante und stationäre Versorgung werden zeitlich unbeschränkt gewährt.

*Abs. 4*

Aufgehoben

*Abs. 5*

Der Bundesrat bezeichnet nach Anhören der von ihm bestellten Kommissionen die Leistungen der Krankenpflege-Grundversicherung näher. Als Pflichtleistungen können nur neue oder bereits angewandte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Mittel, Gegenstände, Arzneimittel und Analysen bezeichnet werden, deren Wirkung nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen ist und die zweckmässig und wirtschaftlich sind. Entsprechen sie diesen Anforderungen nicht oder nicht mehr, können sie als Pflichtleistungen ausgeschlossen werden. Ferner bezeichnet er Leistungen, welche von den Kassen in der Grundversicherung auch freiwillig nicht übernommen werden dürfen.

*Abs. 6*

Aufgehoben

**Art. 12 al. 2, 3, 4, 5 et 6**

*Proposition de la commission*

*Al. 2*

....

1. En cas de soins ambulatoires:

b. Les traitements et les soins administrés sur prescription d'un médecin, par le personnel paramédical ou le personnel prodiguant des soins hors de l'hôpital;

2. En cas de soins hospitaliers, le forfait pour frais de traitement en division commune, et les taxes pour des prestations diagnostiques et thérapeutiques spéciales (art. 22quinquies); l'article 22sexies, 1er alinéa, est réservé;

4. Certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés.

*Al. 3*

Les prestations pour soins médicaux et pharmaceutiques en cas de soins ambulatoires ou hospitaliers sont accordées sans limite de durée.

*Al. 4*

Abrogé

*Al. 5*

Après avoir consulté les commissions nommées par lui, le Conseil fédéral fixe en détail les prestations couvertes par l'assurance de base des soins médicaux et pharmaceutiques. Ne peuvent constituer des prestations obligatoires que les méthodes d'examen ou de traitement nouvelles ou déjà appliquées, les moyens, les appareils, les médicaments et les analyses dont l'efficacité est prouvée scientifiquement, qui sont appropriés à leur but et économiques. Si ceux-ci ne satisfont pas ou plus à ces exigences, ils peuvent être exclus des prestations obligatoires. Le Conseil fédéral désigne, de plus, les prestations que les caisses ne peuvent pas prendre en charge dans l'assurance de base, même à titre facultatif.

*Al. 6*

Abrogé

**Huber**, Berichterstatter: Artikel 12 KVG enthält diejenigen Leistungen, die eine Krankenpflege-Grundversicherung im Minimum enthalten muss. Sie sind hier nun definiert:

1. Im Bereich der ambulanten Behandlung ist das Sofortprogramm weitergegangen als der hier vorliegende Entwurf Ihrer Kommission. Es wird am bestehenden Recht festgehalten und dieses ergänzt. Die Heilanwendungen und vor allem

Pflegeleistungen der spitalexternen Krankenpflege erfolgen gestützt auf die Verpflichtung im Krankenversicherungsgesetz, dass ärztliche Indikationen zu vollziehen sind. Es geht aber hier vor allem um die Pflegeleistungen der spitalexternen Krankenpflege: «Spitex» zieht zusätzlich und in grösserem Umfang in das Krankenversicherungsrecht ein. Dabei sei dankbar betont, dass die Krankenkassen in den vergangenen Jahren auf freiwilliger Basis erhebliche Leistungen erbracht haben, und es sei auch erwähnt und nicht verkannt, was hier Gemeinden und Vereine in der Vergangenheit für die spitalexterne Krankenpflege an Leistungen erbracht haben.

2. Vorsorgeuntersuchungen und vorsorgliche Massnahmen, Präventivmedizin, werden aufgenommen. Ich glaube kaum, dass das noch lange begründet werden muss. In bestimmten Fällen – nicht immer – ist die spitalexterne Behandlung medizinisch und pflegerisch gleichwertig, humaner. Es ist nicht zu übersehen, dass die erhöhte Arztdichte in unserem Land Spitex möglicher macht. Häufig ist die Spitex kostengünstiger, allerdings nicht immer. Was die Prävention wie auch die Spitex angeht, haben wir eine sehr unterschiedliche Vergütungspraxis im Bereich der freiwilligen Kassenleistungen. Der Bundesrat bezeichnet nach Anhören bereits bestehender Kommissionen, was in die Krankenpflege-Grundversicherung gehört. Immerhin – und das können Sie der Botschaft entnehmen – sollen weder die Haushalthilfe im Bereich der Spitex noch jeder Check-up im Bereich der Prävention Pflichtleistungen werden.

3. Im stationären Bereich die Kassen, gemäss Bericht Seite 22, in der Grundversicherung eine Behandlungspauschale zu übernehmen; es kann auch die Einzelvergütung besonderer diagnostischer und therapeutischer Leistungen vorgesehen werden. Gleich wie seinerzeit im Sofortprogramm ist nun die zeitlich unbeschränkte Leistungspflicht nicht mehr nur bei ambulanter, sondern auch bei stationärer Behandlung im Spital vorgesehen.

4. Die Kompetenz des Bundesrates zur Definition dessen, was in die Krankenpflege-Grundversicherung gehört; die ihn dabei beratenden Kommissionen; ferner die Kriterien der Wissenschaftlichkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit: all dies entspricht den Vorschlägen des Sofortprogramms. Neu ist die Kompetenz des Bundesrates festzulegen, was von den Kassen auch freiwillig nicht übernommen werden darf. Die Botschaft legt dar, dass damit die Grundversicherung von unnötigen Leistungen freigehalten wird. Das liegt im Interesse der Versicherten und eines faireren Wettbewerbes unter Kassen.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 12ter**

*Antrag der Kommission*

Aufgehoben

*Proposition de la commission*

Abrogé

*Angenommen – Adopté*

**Art. 14 Abs. 2, 4, 5, 6 und 7**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 2*

....

3. ....

c. an die Kosten der Pflege von Mutter und Kind zu Hause während einer beschränkten Zeit nach der Entbindung.

4. höchstens vier Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft und eine Kontrolluntersuchung innerhalb von acht Wochen nach der Niederkunft.

*Abs. 4*

Der Versicherten, die ihre Erwerbstätigkeit weniger als acht Wochen vor ihrer Niederkunft ganz oder teilweise aufgibt, darf deswegen das versicherte Krankengeld nicht herabgesetzt werden. Die Versicherte hat nur Anspruch auf das versicherte Krankengeld, sofern sie keine gesundheitsschädlichen Tätigkeiten verrichtet.

**Abs. 5**

Stillt die Versicherte ihr Kind während zehn Wochen ganz oder teilweise, gewährt ihr die Kasse ein Stillgeld. Der Bundesrat setzt die Höhe des Stillgeldes fest.

**Abs. 6**

Kontrolluntersuchungen und Pflegeleistungen, die mit der Mutterschaft zusammenhängen, sind vom Beginn der Schwangerschaft an bis acht Wochen nach der Niederkunft zu gewähren. Die Leistungen der Krankengeldversicherung erstrecken sich auf 16 Wochen, wovon mindestens acht nach der Niederkunft liegen müssen. Sie dürfen nicht an die Leistungsdauer bei Krankheit angerechnet werden und sind auch nach deren Erschöpfung zu gewähren.

**Abs. 7**

Ist eine Frau nicht für Krankenpflege versichert und erreicht ihr anrechenbares Einkommen und Vermögen eine vom Bundesrat festgesetzte Höhe nicht, erhält sie die Leistungen bei Mutterschaft, wenn sie bei ihrer Niederkunft ohne Unterbrechung seit mindestens 270 Tagen in der Schweiz Wohnsitz hatte. Sie erhält vier Fünftel der Mindestleistungen, auf die eine versicherte Frau Anspruch hat. Die Frau kann den Anspruch gegen eine angemessene Gebühr bei jeder Kasse ihres Wohnortes geltend machen. Die Tarife, Leistungsansätze und Verfahrensregeln der betreffenden Kasse sind anwendbar.

**Art. 14 al. 2, 4, 5, 6 et 7***Proposition de la commission***Al. 2**

....

3. ....

c. Aux frais occasionnés par les soins à domicile de la mère et de l'enfant pendant une période limitée après l'accouchement.

4. Au plus quatre examens de contrôle pendant la grossesse et un pendant les huit semaines qui suivent l'accouchement.

**Al. 4**

L'assurée qui cesse totalement ou partiellement d'exercer une activité lucrative moins de huit semaines avant l'accouchement ne peut subir de ce fait aucune réduction de l'indemnité journalière. Elle n'a toutefois droit à cette prestation que dans la mesure où elle ne se livre à aucune activité préjudiciable à sa santé.

**Al. 5**

La caisse verse une indemnité d'allaitement aux assurées qui allaitent entièrement ou partiellement leur enfant pendant dix semaines. Le Conseil fédéral en fixe le montant.

**Al. 6**

Les frais occasionnés par les examens de contrôle et les soins qui sont en rapport avec la maternité doivent être pris en charge dès le début de la grossesse et pendant les huit semaines qui suivent l'accouchement. L'indemnité journalière est versée pendant seize semaines, dont huit au moins après l'accouchement. Elle ne peut être imputée sur la durée des prestations en cas de maladie et l'indemnité doit être versée même après l'expiration de cette durée.

**Al. 7**

Les femmes qui ne sont pas assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques et dont le revenu et la fortune à prendre en compte n'atteignent pas un montant fixé par le Conseil fédéral ont droit à des prestations en cas de maternité si, lors de l'accouchement, elles sont domiciliées en Suisse depuis au moins 270 jours sans interruption. Ces prestations s'élevaient aux quatre cinquièmes de celles dues aux femmes assurées. Les intéressées peuvent exercer leur droit contre paiement d'une taxe appropriée, auprès de n'importe quelle caisse de leur lieu de résidence. Les tarifs, les taux de prestations et les règles de procédure valables pour la caisse choisie sont applicables.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 14bis***Antrag der Kommission*  
*Randtitel*

## VII. Kostenbeteiligung

**Abs. 1**

Die Kassen sind verpflichtet, den Versicherten im Krankheitsfall eine Kostenbeteiligung in Form eines festen Jahresbetrages (Jahresfranchise) und eines prozentualen Selbstbehaltes aufzuerlegen.

**Abs. 2**

Der Bundesrat setzt die Jahresfranchise und den Höchstbetrag des Selbstbehaltes fest. Er kann diese Beträge nach den wirtschaftlichen Verhältnissen der Versicherten abstimmen und passt sie periodisch der Lohn- und Preisentwicklung sowie der Kostenentwicklung in der Krankenversicherung an.

**Abs. 3**

Für die Kostenbeteiligung gelten insbesondere die folgenden Grundsätze:

- a. sie ist für beide Geschlechter gleich;
- b. der Selbstbehalt beträgt bis zum jährlichen Höchstbetrag 15 Prozent der die Jahresfranchise übersteigenden Krankenpflegekosten;
- c. für Kinder gilt die Hälfte der Jahresfranchise und des Höchstbetrages;
- d. die Kostenbeteiligung für Kinder einer Familie, welche bei der gleichen Kasse versichert sind, darf insgesamt den vom Bundesrat festgesetzten Höchstbetrag der Kostenbeteiligung eines Erwachsenen nicht überschreiten.

**Abs. 4**

Keine Kostenbeteiligung darf erhoben werden:

- a. bei Vorsorgeuntersuchungen und Kontrollmassnahmen;
- b. auf den Leistungen bei Mutterschaft.

**Abs. 5**

Der Bundesrat kann für bestimmte Leistungen eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen. Er kann für Dauerbehandlungen sowie für Behandlungen schwerer übertragbarer Krankheiten die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben. Er kann Kassen für Versicherungsmodelle, bei welchen sich die Erhebung von Franchise und Selbstbehalt als nicht anwendbar erweist, ganz oder teilweise davon befreien.

**Abs. 6**

Die Kassen können eine Versicherung mit wählbaren Jahresfranchisen anbieten, die höher sind als die Jahresfranchise nach Absatz 2. Die Prämien sind angemessen zu reduzieren. Die Kassen regeln den Wechsel von einer Jahresfranchise zur andern; sie können für den Wechsel zu einer niedrigeren Jahresfranchise eine Frist von höchstens 5 Jahren vorsehen. Der Bundesrat legt die Beträge der wählbaren Jahresfranchise, die Höchstbeträge des Selbstbehaltes und den Rahmen für die Prämienreduktion fest.

**Abs. 7**

Die für die Krankenversicherungsleistungen massgebenden Tarife gelten auch für die von den Versicherten im Rahmen der Kostenbeteiligung zu übernehmenden Leistungen.

**Art. 14bis***Proposition de la commission**Titre marginal*

## VII. Participation aux frais

**Al. 1**

Les caisses sont tenues d'imposer aux assurés, en cas de maladie, une participation aux frais sous forme d'un montant fixe par année (franchise annuelle) et d'une quote-part en pour-cent.

**Al. 2**

Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise annuelle de même que le montant maximal de la quote-part. Il peut échelonner ces montants d'après la capacité financière des assurés et il les adapte périodiquement à l'évolution des salaires et des prix ainsi qu'à l'évolution des coûts de l'assurance-maladie.

**Al. 3**

Pour la participation aux frais, les règles suivantes sont notamment applicables:

- a. Elle est la même pour les deux sexes;
- b. La quote-part s'élève, jusqu'à concurrence du montant maximal par année, à 15 pour cent des frais médicaux et pharmaceutiques dépassant la franchise annuelle;

c. Pour les enfants, le montant de la franchise annuelle et le montant maximal de la quote-part sont réduits de moitié;  
d. La participation totale aux frais ne saurait excéder, pour les enfants d'une famille assurés auprès de la même caisse, la participation maximale fixée par le Conseil fédéral pour les assurés adultes.

*Al. 4*

Aucune participation aux frais ne peut être exigée:

- a. Pour les examens préventifs et les mesures de contrôle;
- b. En cas de maternité.

*Al. 5*

Le Conseil fédéral peut prévoir une participation aux frais plus élevée pour des prestations déterminées. Il peut réduire ou supprimer la participation aux frais pour des traitements prolongés ainsi que pour le traitement de maladies graves et transmissibles. Il peut dispenser, entièrement ou partiellement, les caisses de percevoir la franchise et la quote-part en pour-cent, lorsqu'elles pratiquent des modèles d'assurance pour lesquels ces mesures se révèlent inapplicables.

*Al. 6*

Les caisses peuvent donner à leurs membres la possibilité de conclure une assurance avec des franchises annuelles à choix, qui sont plus élevées que la franchise prévue au 2<sup>e</sup> alinéa. Les cotisations seront réduites en conséquence. Les caisses règlent le passage d'un système de franchise annuelle à l'autre et peuvent prévoir un délai, de cinq ans au plus, pour le passage à une franchise annuelle inférieure. Le Conseil fédéral fixe les montants des franchises annuelles à choix, les montants maximaux de la quote-part ainsi que le cadre de réduction des cotisations.

*Al. 7*

Les tarifs applicables aux prestations de l'assurance-maladie valent aussi pour les prestations à prendre en charge par les assurés, au titre de la participation aux frais.

**Huber, Berichterstatter:** Es darf auf die Botschaft Seite 24 verwiesen werden. Die wichtigsten Neuerungen bestehen in der Einführung einer Jahresfranchise anstelle der Quartalsfranchise. Der Grund für die Erhöhung des Selbstbehaltes von jetzt im Gesetz 10 auf neu 15 Prozent – also eine Reduktion von 5 Prozent gegenüber dem Sofortprogramm; der Selbstbehalt kommt zur Franchise hinzu, die Kostenbeteiligung gilt auch bei Aufenthalt in einer Heilanstalt – besteht darin, dass nicht ins Spital gegangen werden soll, um Kostenbeteiligungen zu unterlaufen. Das kennt man aus der kantonalen Praxis durchaus. Die Möglichkeit einer frei wählbaren Jahresfranchise mit einer Reduktion der Prämie wie im Sofortprogramm ist vorgesehen. Der Bundesrat kann von Franchise und Selbstbehalt befreien. Damit wird die moderne Form einer HMO möglich; es ist damit aber nichts darüber gesagt, ob es ratsam oder weniger ratsam sei, eine HMO einzuführen und einer HMO beizutreten.

Sie werden sich fragen, warum wir den Selbstbehalt auf 15 Prozent angesetzt haben. Wir haben festgestellt in der letzten Volksabstimmung, dass der Sprung von 10 auf 20 Prozent sich als eine zu hohe Steigerungsrate erwiesen hat, die ebenfalls mit zur Auseinandersetzung um das Projekt 1987 geführt hat.

*Angenommen – Adopté*

#### **Art. 16 Abs. 3**

*Antrag der Kommission*

Die Kassen sind befugt, mit Aerzten Verträge abzuschliessen, in welchen ein Beitrittsrecht anderer Aerzte ausgeschlossen wird, wenn im Tätigkeitsgebiet der Kasse gleichzeitig mindestens eine zusätzliche Tarifordnung besteht, für die das Beitrittsrecht der Aerzte im Sinne von Absatz 1 gilt.

#### **Art. 16 al. 3**

*Proposition de la commission*

Les caisses peuvent passer avec des médecins des conventions, qui excluent l'adhésion d'autres médecins, s'il existe au moins simultanément, dans le rayon d'activité de la

caisse, un autre régime tarifaire, auquel les médecins peuvent adhérer au sens du 1<sup>er</sup> alinéa.

*Angenommen – Adopté*

#### **Art. 18**

*Antrag der Kommission*

*Randtitel*

II. Vertrauensärzte

*Abs. 1*

Die Kassen bestellen nach Anhören der kantonalen Aerztgesellschaften Vertrauensärzte, die insbesondere die Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu kontrollieren haben. Bestreitet ein Arzt oder eine Aerztesorganisation das Recht eines Arztes, als Vertrauensarzt einer Kasse tätig zu sein, so ist Artikel 24 sinngemäss anwendbar.

*Abs. 2*

Aerzte, Apotheker, Chiropraktoren, Hebammen, medizinisch-therapeutisches Personal, Personen der spitalexternen Krankenpflege, Laboratorien und Heilanstalten müssen den Vertrauensärzten die notwendigen Angaben machen.

*Abs. 3*

Die Vertrauensärzte geben den zuständigen Verwaltungsstellen der Kassen diejenigen Angaben weiter, die notwendig sind, um insbesondere einen Vorbehalt anzubringen, die Leistungen festzusetzen oder die Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu überprüfen. Bei der Berichterstattung an die Kassen wahren sie die Persönlichkeitsrechte der Versicherten.

*Abs. 4*

Die eidgenössischen Dachverbände der Aerzte und Kassen regeln die Bekanntgabe sowie die Stellung der Vertrauensärzte der Kassen. Können sie sich nicht einigen, so regelt der Bundesrat die Einzelheiten.

#### **Art. 18**

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

Après avoir consulté les sociétés médicales cantonales, les caisses désignent des médecins, chargés notamment de vérifier si les traitements sont appropriés et économiques (médecins-conseils). Lorsqu'un médecin ou une organisation de médecins conteste le droit d'un médecin d'exercer la fonction de médecin-conseil d'une caisse, l'article 24 est applicable par analogie.

*Al. 2*

Les médecins, les pharmaciens, les chiropraticiens, les sages-femmes, le personnel paramédical, le personnel prodiguant des soins hors de l'hôpital, les laboratoires et les établissements hospitaliers doivent donner aux médecins-conseils les renseignements nécessaires.

*Al. 3*

Les médecins-conseils transmettent aux services administratifs compétents de la caisse les indications dont celle-ci a besoin, notamment pour imposer une réserve, fixer ses prestations ou vérifier si le traitement est économique. En communiquant ces renseignements à la caisse, ils respectent les droits de la personnalité des assurés.

*Al. 4*

Les associations faïtières suisses de médecins et des caisses fixent les modalités concernant cette communication et règlent le statut des médecins-conseils. Si elles ne parviennent pas à s'entendre, le Conseil fédéral établit la réglementation nécessaire.

*Angenommen – Adopté*

#### **Art. 19bis**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

Der Versicherte kann unter den inländischen Heilanstalten, die für die Behandlung seiner Krankheit geeignet sind, frei wählen. Wird eine Badekur ärztlich verordnet, so kann der Versicherte unter den ärztlich geleiteten inländischen Heilbädern frei wählen.

**Abs. 2**

Als Heilanstalten gelten Anstalten oder Abteilungen, die der stationären Behandlung von Kranken dienen, ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten, das erforderliche fachgemäss ausgebildete Pflegepersonal haben und über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen. Nicht als Heilanstalten gelten Anstalten, bei denen nicht die Behandlung, sondern die Pflege im Vordergrund steht.

**Abs. 3**

Begibt sich der Versicherte an seinem Wohnort, in dessen Umgebung oder aus medizinischen Gründen anderswo in eine Heilanstalt, die Mitglieder von Kassen nach diesem Gesetz behandelt, übernimmt die Kasse die in dieser Heilanstalt für den Versicherten geltende Behandlungspauschale.

**Abs. 4**

Begibt sich der Versicherte in eine Heilanstalt, ohne dass die Anforderungen nach Absatz 2 erfüllt sind, übernimmt die Kasse die Behandlungspauschale derjenigen entsprechenden Heilanstalt, die dem Wohnort des Versicherten am nächsten liegt und Mitglieder von Kassen nach diesem Gesetz behandelt.

**Abs. 5**

Die Kantone erstellen nach Anhören der Beteiligten eine nach Kategorien gegliederte Liste der Heilanstalten ihres Gebietes; nur bei Aufenthalt des Versicherten in einer Heilanstalt gemäss dieser Liste wird die Kasse leistungspflichtig.

**Abs. 6**

Die Kantone können für ihr Gebiet verbindliche Planungen festlegen:

- a. zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung unter Einbezug der spitalexternen Krankenpflege und der Pflege in Heimen und Anstalten;
- b. für die Versorgung mit kostspieligen medizinisch-technischen Einrichtungen im stationären und ambulanten Bereich.

Kliniken mit privaten Trägerschaften sind angemessen in diese Planungen einzubeziehen. Die Kassen sind nur leistungspflichtig, sofern die Leistungserbringer diesen Planungen entsprechen.

**Abs. 7**

Der Bundesrat bestimmt nach Anhören der Beteiligten über Art und Höhe der Kassenleistungen bei einem partiellen Aufenthalt in einer Heilanstalt. Bei Aufenthalt in Anstalten und Heimen, die ihre Insassen medizinisch betreuen, aber keine Heilanstalten sind, haben die Kassen die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Behandlung (Art. 12 Abs. 2 Ziff. 1) zu gewähren. Die Kassen können mit der Anstalt oder dem Heim eine pauschale Vergütung vereinbaren.

**Art. 19bis***Proposition de la commission***Al. 1**

L'assuré a le libre choix entre les établissements hospitaliers suisses appropriés au traitement de sa maladie. En cas de cure balnéaire ordonnée par le médecin, l'assuré a le libre choix entre les stations thermales suisses dirigées par un médecin.

**Al. 2**

Sont des établissements hospitaliers les établissements et les divisions de ceux-ci qui servent au traitement hospitalier de malades, garantissent une assistance médicale suffisante et disposent d'un personnel soignant approprié et spécialement formé ainsi que d'équipements médicaux adéquats. Ne sont pas des établissements hospitaliers les établissements dont l'activité consiste principalement à prodiguer des soins plutôt qu'à dispenser des traitements.

**Al. 3**

Si l'assuré se rend à son lieu de résidence, aux environs de celui-ci ou, pour des raisons médicales, en un autre lieu, dans un établissement hospitalier où l'on soigne les membres des caisses selon la présente loi, la caisse prend en charge le forfait pour frais de traitement qui est applicable à l'assuré dans cet établissement.

**Al. 4**

Si l'assuré se rend dans un établissement hospitalier sans

que les conditions posées au 2<sup>e</sup> alinéa soient remplies, la caisse prend en charge le forfait pour frais de traitement applicable dans l'établissement hospitalier correspondant qui est le plus proche du lieu de résidence de l'assuré et qui soigne les membres des caisses selon la présente loi.

**Al. 5**

Les cantons dressent, après avoir consulté les intéressés, une liste des établissements hospitaliers situés sur leur territoire en les classant par catégories; les caisses doivent verser leurs prestations seulement si le séjour d'un assuré a eu lieu dans un établissement hospitalier qui figure sur cette liste.

**Al. 6**

Les cantons peuvent fixer, sur leur territoire, des planifications obligatoires:

- a. Garantissant que les besoins en soins hospitaliers sont couverts, les soins prodigués hors de l'hôpital ou dans des institutions ou homes étant dûment pris en compte;
  - b. Régulant l'équipement en installations médico-techniques coûteuses dans le domaine hospitalier ou ambulatoire.
- Ces planifications doivent tenir compte de manière appropriée des cliniques privées. Les caisses ne doivent verser leurs prestations que dans la mesure où les fournisseurs de prestations médicales se conforment auxdites planifications.

**Al. 7**

Après avoir consulté les intéressés, le Conseil fédéral fixe le genre et le montant des prestations allouées par les caisses en cas de séjour partiel dans un établissement hospitalier. En cas de séjour dans des institutions et homes qui, sans être des établissements hospitaliers, prodiguent des soins médicaux à leurs pensionnaires, les caisses doivent allouer les mêmes prestations qu'en cas de traitement ambulatoire (art. 12, 2<sup>e</sup> al., ch. 1<sup>er</sup>). Les caisses peuvent convenir d'un remboursement forfaitaire avec l'institution ou le home.

*Angenommen – Adopté***Art. 21 Abs. 7***Antrag der Kommission*

Der Bundesrat kann für Analysen von Aerzten, Laboratorien und Apothekern, die für die Krankenversicherung tätig sind, systematische wissenschaftliche Kontrollen vorsehen.

**Art. 21 al. 7***Proposition de la commission*

Le Conseil fédéral peut prévoir des contrôles scientifiques systématiques pour les analyses effectuées par les médecins, les laboratoires et les pharmaciens qui pratiquent pour le compte de l'assurance-maladie.

*Angenommen – Adopté***Art. 22 Abs. 3***Antrag der Kommission*

.... Die Verträge bedürfen der Genehmigung der Kantonsregierung; diese prüft, ob die vereinbarten Taxen und die übrigen Vertragsbestimmungen mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang stehen.

**Art. 22 al. 3***Proposition de la commission*

.... Les conventions doivent être approuvées par le gouvernement cantonal, qui vérifie si les taxes et les autres clauses sont économiques et conformes à la loi et à l'équité.

*Angenommen – Adopté***Art. 22bis Randtitel und Abs. 7***Antrag der Kommission**Randtitel*

2. Fehlen einer vertraglichen Regelung.
- a. Im allgemeinen

**Abs. 7**

.... Der Arzt hat in der Krankenpflege- und Krankengeldversicherung dem Honorarschuldner alle Angaben zu machen, die für die Festsetzung der Leistungen und für die Ueberprüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung notwendig sind. Dazu gehören insbesondere Angaben über die Diagnose sowie über die Untersuchungen und Behandlungen und die Daten, an denen sie vorgenommen wurden. Der Arzt ist berechtigt und auf Verlangen des Versicherten verpflichtet, die medizinischen Angaben nur dem Vertrauensarzt der Kasse bekanntzugeben.

**Art. 22bis titre marginal et al. 7***Proposition de la commission**Titre marginal***2. Absence de disposition conventionnelle****a. En général****Al. 7**

.... toutes les indications qui sont nécessaires pour fixer les prestations et pour vérifier si le traitement est économique. Ces indications comprennent notamment celles qui concernent le diagnostic ainsi que les examens et les traitements, de même que les dates de ceux-ci. Le médecin est fondé, ou astreint si l'assuré le demande, à ne fournir les indications d'ordre médical qu'au médecin-conseil de la caisse.

*Angenommen – Adopté***Art. 22quater Randtitel, Abs. 2, 3, 4, 5 und 6***Antrag der Kommission**Randtitel***II. Andere Tarife für ambulante Behandlungen****Abs. 2**

Die Tarife für die Leistungen der Chiropraktoren, der Hebammen, des medizinisch-therapeutischen Personals und der Personen der spitalexternen Krankenpflege sowie für ambulante Behandlungen der Heilanstalten werden in Verträgen mit den Kassen festgesetzt. Kommt kein Vertrag zustande, bestimmt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten die Tarife.

**Abs. 3**

Die Verträge der Kassen mit Apothekern, Chiropraktoren, Hebammen, medizinisch-therapeutischem Personal, Personen der spitalexternen Krankenpflege, Laboratorien und Heilanstalten bedürfen der Genehmigung der Kantonsregierung. Verträge, die in der ganzen Schweiz gültig sind, bedürfen der Genehmigung des Bundesrates. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob die vereinbarten Taxen und die übrigen Vertragsbestimmungen mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang stehen.

**Abs. 4**

Artikel 22bis Absatz 7 gilt sinngemäss. Sofern sich ein Versicherter als solcher zu erkennen gibt und es sich um versicherte Leistungen handelt, hat der Apotheker auf Verlangen erst nach Abschluss der Behandlung Rechnung zu stellen.

**Abs. 5 und 6**

Aufgehoben

**Art. 22quater titre marginal, al. 2, 3, 4, 5 et 6***Proposition de la commission**Titre marginal***II. Autres tarifs pour traitements ambulatoires****Al. 2**

Les tarifs pour les prestations des chiropraticiens, des sages-femmes, du personnel paramédical et du personnel prodiguant des soins hors de l'hôpital, ainsi que pour les traitements ambulatoires dispensés par les établissements hospitaliers sont fixés par conventions passées avec les caisses. En l'absence de convention, le gouvernement cantonal établit les tarifs, après avoir consulté les intéressés.

**Al. 3**

Les conventions que les caisses passent avec les pharmaciens, les chiropraticiens, les sages-femmes, le personnel paramédical et le personnel prodiguant des soins hors de l'hôpital, les laboratoires et les établissements hospitaliers

doivent être approuvées par le gouvernement cantonal. Les conventions qui valent pour toute la Suisse doivent être approuvées par le Conseil fédéral. L'autorité compétente vérifie si les taxes et les autres clauses sont économiques et conformes à la loi et à l'équité.

**Al. 4**

L'article 22bis, 7e alinéa, est applicable par analogie. Si un assuré qui se fait connaître comme tel le lui demande et s'il s'agit de prestations prises en charge par la caisse, le pharmacien ne réclamera sa rémunération qu'à la fin du traitement.

**Al. 5 et 6**

Abrogé

*Angenommen – Adopté***Art. 22quinquies***Antrag der Kommission**Randtitel***III. Vergütung des Heilanstaltsaufenthaltes****1. Behandlungspauschale****Abs. 1**

Die Behandlungspauschale (Art. 12 Abs. 2 Ziff. 2) deckt höchstens 60 Prozent der Betriebskosten der Heilanstalt je Patient für die allgemeine Abteilung.

**Abs. 2**

Bei der Berechnung dieser Betriebskosten werden nicht berücksichtigt:

a. die Aufwendungen für Lehre und Forschung;

b. grundsätzlich die Investitionskosten bei Heilanstalten, deren Träger öffentliche Körperschaften sind oder die im öffentlichen Interesse betrieben werden.

**Abs. 3**

Stellt die Heilanstalt für besondere Leistungen gesondert Rechnung, dürfen die Kosten für diese Leistungen bei der Festlegung der Behandlungspauschale nicht berücksichtigt werden; den Kassen dürfen für diese Leistungen höchstens 60 Prozent der Kosten in Rechnung gestellt werden.

**Abs. 4**

Die Kassen und die Heilanstalten setzen die Behandlungspauschale und die Taxen für besondere Leistungen in einem Vertrag fest. Der Vertrag bedarf der Genehmigung der Kantonsregierung. Sie prüft, ob der Vertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. Kommt kein Vertrag zustande, setzt die Kantonsregierung für die Heilanstalten, die Mitglieder von Kassen nach diesem Gesetz behandeln, nach Anhören der Beteiligten die Behandlungspauschale fest. Artikel 22bis Absatz 7 gilt sinngemäss.

**Abs. 5**

Die Heilanstalten ermitteln ihre Kosten und erfassen ihre Leistungen nach einheitlicher Methode. Sie führen hiezu eine Kostenstellenrechnung und eine Leistungsstatistik. Die Kantonsregierung und die Kassen können die Rechnung und die Unterlagen einsehen.

**Abs. 6**

Der Bundesrat kann Betriebsvergleiche zwischen Heilanstalten anordnen. Die Kantone und die Heilanstalten müssen dafür die notwendigen Unterlagen liefern.

**Abs. 7**

Für Versicherte, die nicht im Kanton wohnen, in dem sich die Heilanstalt befindet, kann eine höhere Behandlungspauschale festgesetzt werden. Diese darf unter Einschluss der Aufenthaltspauschale und einer gesonderten Rechnung für besondere Leistungen höchstens die vollen Betriebskosten je Patient für die allgemeine Abteilung decken.

**Art. 22quinquies***Proposition de la commission**Titre marginal***III. Indemnisation en cas de séjour dans un établissement hospitalier****1. Forfait pour frais de traitement**

**Al. 1**

Le forfait pour frais de traitement (art. 12, 2e al., ch. 2) couvre au plus 60 pour cent des frais d'exploitation de l'établissement hospitalier par patient dans la division commune.

**Al. 2**

Dans le calcul des frais d'exploitation ne sont pas pris en compte:

- a. Les frais de formation et de recherche;
- b. En principe les frais d'investissement lorsque l'établissement est géré par une corporation de droit public ou qu'il est d'intérêt public.

**Al. 3**

Si l'établissement hospitalier présente une facture séparée pour des prestations spéciales, les frais correspondant à celles-ci ne peuvent pas être pris en considération lors de la fixation du forfait pour frais de traitement; pour ces prestations, 60 pour cent au plus des frais peuvent être mis à la charge des caisses.

**Al. 4**

Les caisses et les établissements hospitaliers fixent dans une convention le forfait pour frais de traitement et les taxes pour prestations spéciales. Cette convention doit être approuvée par le gouvernement cantonal. Celui-ci vérifie si elle est économique et conforme à la loi et à l'équité. Si aucune convention n'est conclue, le gouvernement cantonal fixe, après avoir consulté les intéressés, le forfait applicable aux établissements hospitaliers qui soignent les membres des caisses conformément à la présente loi. L'article 22bis, 7e alinéa, est applicable par analogie.

**Al. 5**

Les établissements hospitaliers calculent leurs frais et classent leurs prestations selon une méthode uniforme. Ils tiennent, à cet effet, une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations. Le gouvernement cantonal et les caisses peuvent consulter les comptes et autres pièces.

**Al. 6**

Le Conseil fédéral peut faire procéder à des comparaisons de frais d'exploitation entre établissements hospitaliers. Les cantons et lesdits établissements doivent fournir les pièces nécessaires.

**Al. 7**

Un forfait pour frais de traitement plus élevé peut être appliqué aux assurés qui ne résident pas dans le canton où se trouve l'établissement hospitalier. Toutefois, ce forfait – qui inclut le forfait pour frais de pension – plus la facture séparée pour des prestations spéciales ne peuvent dépasser ensemble la totalité des frais d'exploitation par patient dans la division commune.

**Huber, Berichterstatter:** In diesem Artikel 22quinquies ist unter anderem auch die Behandlungspauschale, die von Kollege Jelmini in der Eintretensdebatte angesprochen wurde, statuiert. Ich halte nach wie vor dafür, dass sie im Prinzip eine sinnvolle Einrichtung ist, denn sie entspricht haftpflichtrechtlichen Bestimmungen, die jeder Jurist kennt. Sie wird auch von jedem Versicherungsvertreter gegenüber einem Anwalt bei der Festlegung eines Dauerschadens hervorgehoben: Der Geschädigte, sei es der Patient oder der haftpflichtrechtlich Geschädigte, sollte nämlich auch während der Zeit, da er behandelt wird, auf eigene Kosten leben und daher für die Lebenshaltungskosten an und für sich nicht entschädigt werden. Die Behandlungspauschale – zusammen mit der Aufenthaltspauschale – ist ein System, das aus dem Sofortprogramm stammt.

In diesem Artikel 22quinquies ist eine neue Kompetenz an den Bund enthalten, damit gemäss Absatz 6 Betriebsvergleiche möglich sind. Auch hier geht es um ein zusätzliches, bescheidenes Element, um die Wirtschaftlichkeit besser überprüfen zu können. Die entsprechende Formulierung wurde dem damaligen Vorsteher des Departementes von der «Sparkonferenz» empfohlen.

Betriebsvergleiche innerhalb eines Kantons zwischen den Spitälern im Bereich der Effizienz und der Wirtschaftlichkeit sind förderlich und heilsam! Ich habe das in einem eigenen

kantonalen System erlebt und bin daher von der Richtigkeit dieser Anordnung überzeugt.

**Angenommen – Adopté****Art. 22sexies****Antrag der Kommission**  
**Randtitel****2. Aufenthaltspauschale****Abs. 1**

Von der Behandlungspauschale wird dem Versicherten während der ersten 60 Tage seines Aufenthaltes in der Heilanstalt ein vom Bundesrat festgesetzter Betrag als Aufenthaltspauschale in Rechnung gestellt.

**Abs. 2**

Mit der Behandlungs- und der darin eingeschlossenen Aufenthaltspauschale sind für die allgemeine Abteilung alle Ansprüche der Heilanstalt abgegolten; vorbehalten bleiben die besonderen Leistungen nach Artikel 22quinquies Absatz 3.

**Abs. 3**

Die Aufenthaltspauschale kann durch eine Zusatzversicherung abgedeckt werden; sie wird bei Krankheit und bei Mutterschaft ausgerichtet. Die Bestimmungen dieses Gesetzes über die Aufnahme, die Mitgliederbeiträge und die Leistungsdauer gelten sinngemäss. Bei einer Erhöhung der Aufenthaltspauschale darf kein neuer Vorbehalt angebracht werden.

**Art. 22sexies****Proposition de la commission****Titre marginal****2. Forfait pour frais de pension****Al. 1**

Au titre du forfait pour frais de pension, l'assuré doit prendre à son compte une part du forfait pour frais de traitement, fixée par le Conseil fédéral, durant les soixante premiers jours de son séjour en établissement hospitalier.

**Al. 2**

En cas de séjour dans la division commune, toutes les prétentions de l'établissement hospitalier sont satisfaites dès qu'il a reçu le forfait pour frais de traitement et le forfait pour frais de pension qui y est inclus; la facturation des prestations spéciales au sens de l'article 22quinquies, 3e alinéa, est réservée.

**Al. 3**

Le forfait pour frais de pension peut être couvert par une assurance complémentaire. Il est versé en cas de maladie ou de maternité. Les dispositions de la présente loi relatives à l'admission, aux cotisations et à la durée des prestations sont applicables par analogie. Aucune nouvelle réserve ne peut être imposée en cas d'augmentation du forfait pour frais de pension.

**Angenommen – Adopté****Art. 22septies****Antrag der Kommission**  
**Randtitel****IV. Beschwerderecht****Abs. 1**

Gegen die Erlasse und Entscheide der Kantonsregierung nach den Artikeln 22-22quinquies kann Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden.

**Abs. 2**

Gegen Entscheide der Kantonsregierung nach Artikel 19bis Absatz 5 kann Beschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht erhoben werden.

**Art. 22septies****Proposition de la commission****Titre marginal****IV. Droit de recours**

**Al. 1**

Les dispositions et les décisions des gouvernements cantonaux fondées sur les articles 22 à 22quinquies peuvent faire l'objet d'un recours devant le Conseil fédéral.

**Al. 2**

Les décisions des gouvernements cantonaux fondées sur l'article 19bis, 5e alinéa, peuvent faire l'objet d'un recours devant le Tribunal fédéral des assurances.

**Angenommen – Adopté****Art. 23****Antrag der Kommission****Randtitel****V. Wirtschaftlichkeit der Behandlung****Abs. 1**

.... zu beschränken. Die Kassen können für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, ihre Vergütungen von diesen Personen oder Einrichtungen zurückfordern.

**Abs. 2**

Dem Versicherten ist eine detaillierte Rechnung zuzustellen. Der Bundesrat umschreibt die Angaben, die in der Rechnung enthalten sein müssen.

**Art. 23****Proposition de la commission****Titre marginal****V. Traitement économique****Al. 1**

Lorsqu'ils .... du traitement. Les caisses peuvent exiger de ces personnes ou de ces institutions qu'elles restituent les sommes versées pour les prestations dépassant cette limite.

**Al. 2**

Une facture détaillée sera remise à l'assuré. Le Conseil fédéral fixe les indications qui doivent figurer sur les factures.

**Angenommen – Adopté****Art. 30bis Abs. 2****Antrag Jelmini**

Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in welchem der Betroffene seinen Wohnsitz hat. Befindet sich der Wohnsitz im Ausland, so ist das Versicherungsgericht des Kantons zuständig, in dem sich der letzte schweizerische Wohnsitz des Betroffenen befand oder in dem sein letzter schweizerischer Arbeitgeber Wohnsitz hat; lassen sich beide nicht ermitteln, so ist das Versicherungsgericht des Kantons zuständig, in dem der Versicherer seinen Sitz hat.

**Art. 30bis al. 2****Proposition Jelmini**

Est compétent le tribunal des assurances du canton où l'intéressé a son domicile. Si l'intéressé est domicilié à l'étranger, est compétent le tribunal des assurances du canton où l'intéressé a eu son dernier domicile en Suisse ou celui du canton où le dernier employeur suisse est domicilié; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances du canton, où l'assureur a son siège, est compétent.

**M. Jelmini:** Ma proposition correspond au texte de la motion que vous avez transmise, après accord unanime et tacite et avec l'appui du Conseil fédéral, la première semaine de la présente session.

Permettez-moi d'en rappeler les motivations essentielles. Selon l'article 30bis, alinéa 2 de la LAMA, est compétent pour juger les recours contre les décisions des caisses-maladie le tribunal des assurances du canton où l'assuré ou le tiers a son domicile au moment de l'ouverture de l'action, ou du canton où se trouve le siège de la caisse défenderesse.

A la lumière de cette disposition, tous les travailleurs actifs en Suisse qui n'ont pas leur domicile dans notre pays, par

exemple les frontaliers, et qui n'approuvent pas une décision de leur caisse-maladie, doivent s'adresser au tribunal des assurances du canton où ladite caisse a son siège central. Ils sont donc très souvent obligés de formuler le recours dans une langue qui n'est pas la leur et, le cas échéant, de se déplacer dans le canton où la caisse a son siège central, afin de participer aux différentes phases d'instruction exigées par l'autorité judiciaire compétente.

En matière d'assurance-accidents, la nouvelle loi attribue la compétence au tribunal des assurances du canton où l'intéressé a son domicile et, si l'intéressé est domicilié à l'étranger, au tribunal des assurances du canton où l'intéressé a eu son dernier domicile en Suisse, ou celui du canton où le dernier employeur suisse est domicilié. Si aucun de ces deux domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances du canton où l'assureur a son siège est compétent. Une telle possibilité, qui me paraît logique et raisonnable, peut et doit, à mon avis, être accordée également pour les recours en matière d'assurance-maladie. Ce résultat peut être concrètement réalisé par la simple modification de l'article 30bis, alinéa 2, de la LAMA, reformulé sur le modèle de l'article 107, alinéa 2, de la loi sur l'assurance contre les accidents que je vous ai proposée.

Le Tribunal fédéral, dans un récent jugement, publié dans la *Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération*, 1988, page 263, a fourni des indications très claires à l'intention du législateur. Il a en particulier relevé que la disposition en vigueur peut donner lieu à des inconvénients et qu'il serait plus logique de consentir à l'assuré domicilié à l'étranger le droit de s'adresser au juge du canton dans lequel se trouve le domicile ou le siège de son employeur, en particulier pour des raisons linguistiques. Or, une telle modification qui tienne compte de ces considérations ne peut être réalisée que par voie législative.

C'est la raison pour laquelle je demande que l'article 30bis, alinéa 2 soit modifié sur le modèle de l'article 117, alinéa 2 de la loi sur l'assurance contre les accidents. De telles réformes, simples mais d'extrême importance pour un grand nombre de travailleurs actifs dans notre pays, permettraient d'ailleurs de concrétiser, sur un nouveau point, l'effort de coordination entre les différentes branches des assurances sociales. Je vous prie donc d'adopter la modification que je vous ai proposée.

**Huber, Berichterstatter:** Der Antrag von Herrn Jelmini hat der Kommission nicht vorgelegen. Es gibt drei Ueberlegungen, warum ich persönlich Ihnen empfehle, diesem Antrag zuzustimmen:

1. Sie haben einem parlamentarischen Vorstoss dieses Inhalts zugestimmt.
  2. Eine Koordination zwischen dem Unfallversicherungs- und dem Krankenversicherungsgesetz wird herbeigeführt. Das ist wertvoll und richtig.
  3. Eine schwierige Rechtsfrage, nämlich die Frage der Zuständigkeit, wird hier im Gesetz klar beantwortet.
- Unter diesen drei Aspekten empfehle ich Ihnen, dem Antrag Jelmini zuzustimmen.

**Angenommen gemäss Antrag Jelmini****Adopté selon la proposition Jelmini****Art. 32****Antrag der Kommission****Randtitel****Vlbis. Rückgriff auf haftpflichtige Dritte****Text**

Die Kassen treten bis zur Höhe ihrer Leistungen in die Ansprüche des Versicherten gegenüber einem haftpflichtigen Dritten ein. Die Artikel 41-44 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) gelten sinngemäss.

**Art. 32****Proposition de la commission****Titre marginal****Vlbis. Recours contre le tiers responsable**

**Texte**

Les caisses sont subrogées, jusqu'à concurrence de leurs prestations, dans les droits de l'assuré contre le tiers responsable. Les articles 41 à 44 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) sont applicables par analogie.

**Angenommen – Adopté****Art. 35****Antrag der Kommission****Randtitel**

M. Beiträge der öffentlichen Hand

I. Bundesbeiträge

1. Lastenausgleich

**Abs. 1**

Der Bund gewährt den Kassen in der Krankenpflegeversicherung jährlich einen Beitrag zur Erleichterung einer ausgewogenen Lastenverteilung unter den Mitgliedern. Dieser bemisst sich nach der Zahl der im AHV-Alter stehenden Mitglieder und ist abgestuft nach dem Anteil dieser Mitglieder am gesamten Mitgliederbestand einer Kasse in der Krankenpflegeversicherung.

**Abs. 2**

Der Bund kann bei Kassen mit einem geringen Anteil an Mitgliedern im AHV-Alter einen Beitrag von höchstens einem Prozent der Prämieinnahmen der Krankenpflegeversicherung erheben. Er verwendet diesen Beitrag zur zusätzlichen Erhöhung des Bundesbeitrags nach Absatz 1 bei Kassen mit einem hohen Anteil an Mitgliedern im AHV-Alter.

**Abs. 3****Mehrheit**

Der Bund gewährt den Kassen einen jährlichen Beitrag für Rentner der Invalidenversicherung, die länger als 60 Tage ununterbrochen in Spitalpflege sind. Dieser Beitrag bemisst sich nach der Zahl der Spitaltage.

**Minderheit**

(Huber)

Der Bund gewährt den Kassen ferner einen jährlichen Beitrag für Rentner der Invalidenversicherung, die eine volle Rente beziehen und länger als 60 Tage ununterbrochen in Spitalpflege sind. Der Beitrag bemisst sich nach der Zahl der anrechenbaren Spitaltage.

**Abs. 4**

Der Bundesrat bestimmt die Einzelheiten.

**Abs. 5 und 6**

Aufgehoben

**Art. 35****Proposition de la commission****Titre marginal**

M. Subsidés des pouvoirs publics

I. Subsidés fédéraux

1. Compensation des charges

**Al. 1**

Pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, la Confédération alloue aux caisses un subside annuel qui est destiné à faciliter une répartition équitable des charges entre les membres. Celui-ci se détermine d'après le nombre d'assurés qui ont atteint l'âge donnant droit à une rente de vieillesse de l'AVS et s'échelonne selon l'importance de cet effectif d'assurés par rapport à l'effectif total des assurés d'une caisse.

**Al. 2**

La Confédération peut prélever auprès des caisses, qui ont un petit nombre d'assurés ayant atteint l'âge donnant droit à une rente de vieillesse de l'AVS, une contribution d'un pour cent au plus des cotisations encaissées pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Elle affecte cette contribution à l'augmentation du subside versé, au sens du premier alinéa, aux caisses qui ont un nombre élevé d'assurés ayant atteint l'âge donnant droit à une rente de vieillesse de l'AVS.

**Al. 3****Majorité**

La Confédération alloue aux caisses un subside annuel pour les rentiers de l'assurance-invalidité, qui sont hospitalisés de manière ininterrompue pendant plus de soixante jours. Ce subside se détermine d'après le nombre des journées d'hospitalisation.

**Minorité**

(Huber)

La Confédération alloue de plus aux caisses un subside annuel pour les rentiers de l'assurance-invalidité, qui reçoivent une rente entière et sont hospitalisés de manière ininterrompue pendant plus de soixante jours. Ce subside se détermine d'après le nombre des journées d'hospitalisation imputables.

**Al. 4**

Le Conseil fédéral règle les détails.

**Al. 5 et 6**

Abrogé.

**Huber, Berichterstatter:** Sie haben gehört, dass ich meinen Minderheitsantrag zurückgezogen habe; dies aus der Ueberlegung, dass es sich dabei im Prinzip um eine untergeordnete Frage der Verteilung unter Kassen handelt.

Ich möchte mich dazu äussern, was Artikel 35 sonst enthält. Er enthält eine Neuorientierung der Krankenversicherung mit Bezug auf das Altersproblem. In Absatz 1 sind wir über das Sofortprogramm hinausgegangen und haben formuliert, dass Kassen mit einem höheren Anteil an älteren Versicherten auch pro Kopf einen höheren Beitrag erhalten.

In Absatz 2 haben wir die Erzwingung einer bescheidenen – ich stimme Bundesrat Cotti zu –, aber tendenziell richtigen Kassensolidarität. Wie es unter den Kassen aussieht, belegt auch diese gesetzliche Bestimmung: Der Gesetzgeber muss unter ihnen die notwendige Solidarität herbeiführen. Ich glaube, dass das ein Schritt in die richtige Richtung ist. Wenn man mich danach fragte, wieviel Transfer hier stattfinde, würde ich sagen, es seien einige 10 Millionen, ohne mich im einzelnen festlegen zu wollen. Aber immerhin sind es Hinweise vom Gesetzgeber an die Adresse der Kassen, die ganz deutlich und klar sind und Entwicklungen in der Krankenversicherung aufzeigen.

Schliesslich haben wir hier die zweite Kategorie von kostenintensiven Dauerpatienten, nämlich die IV-Rentner, miteinbezogen.

Gesamthaft gesehen kann ich Ihnen diesen Artikel in der vorliegenden Form zur Annahme empfehlen.

**Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit****Adopté selon la proposition de la majorité****Art. 36****Antrag der Kommission****Randtitel**

2. Beiträge für Frauen

a. Mutterschaft

**Abs. 1**

In der Krankenpflegeversicherung gewährt der Bund den Kassen für jedes Wochenbett einen Beitrag, dessen Höhe 40 Prozent der im Landesmittel errechneten Pflegekosten je Wochenbett des Vorjahres entspricht. In der Krankengeldversicherung gewährt der Bund den Kassen einen Beitrag von 50 Franken je Wochenbett.

**Abs. 2**

Der Bund vergütet den Kassen die vollen Pflegeleistungen, die sie nach Artikel 14 Absatz 7 bei der Mutterschaft ausrichten.

**Art. 36****Proposition de la commission****Titre marginal**

2. Subsidés pour les femmes

a. Maternité

**Al. 1**

Dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, la Confédération alloue aux caisses pour chaque accouchement un subside représentant 40 pour cent de la moyenne suisse des frais médicaux et pharmaceutiques par accouchement de l'année précédente. Dans l'assurance d'une indemnité journalière, la Confédération alloue aux caisses un subside de 50 francs par accouchement.

**Al. 2**

La Confédération rembourse aux caisses la totalité des prestations de soins qu'elles allouent en cas de maternité conformément à l'article 14, 7e alinéa.

**Angenommen – Adopté****Art. 36bis****Antrag der Kommission  
Randtitel****b. Kostenausgleich****Text**

Der Bund gewährt den Kassen in der Krankenpflegeversicherung jährlich einen Beitrag zum teilweisen Ausgleich der höheren Krankenpflegekosten der Frauen. Der Beitrag an die einzelne Kasse bemisst sich nach der Zahl der versicherten Frauen; bei der Festsetzung wird der im Landesmittel errechnete Unterschied zwischen den Kosten der Krankenpflegeversicherung der Frauen und der Männer berücksichtigt.

**Antrag Miville**

Der Bund gewährt Kassen mit Prämienungleichheit von Mann und Frau in der Krankenpflegeversicherung jährlich ...

**Art. 36bis****Proposition de la commission****Titre marginal****b. Compensation des frais****Texte**

Pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, la Confédération alloue aux caisses un subside annuel qui est destiné à compenser partiellement les frais médicaux et pharmaceutiques plus élevés qu'occasionnent les femmes. Le subside versé à chaque caisse se détermine d'après le nombre de femmes assurées et compte tenu de la différence moyenne que présentent en Suisse les frais de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, selon qu'ils sont occasionnés par les hommes ou les femmes.

**Proposition Miville**

Pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, la Confédération alloue aux caisses assurant l'égalité des primes entre hommes et femmes un subside annuel ...

**Miville:** Ich beantrage hier, dass der Bund solche Beiträge an die Kassen für die Frauen nur geben soll, wenn die Kassen auch gleiche Prämien für Frauen und Männer erheben. Die in vielen Kassen noch übliche Praxis unterschiedlicher Frauen- und Männerprämien stellt in meinen Augen eine Willkür und eine unsoziale Differenzierung – um nicht zu sagen: Diskriminierung – dar.

Alles in allem kosten die Frauen die Krankenversicherungen mehr als die Männer. Worauf ist das zurückzuführen? Auf nichts Schuldhaftes, sondern auf die Kosten, die sich aus der Mutterschaft ergeben, auf die höhere Lebenserwartung der Frauen wie auch auf die Unfallkosten: Frauen sind viel weniger unfallversichert als die Männer, weil insbesondere die Hausfrauen keinen Betriebsunfallversicherungen angeschlossen sind. Wenn jemand nicht spezifisch unfallversichert ist, hat bekanntlich die Krankenversicherung subsidiär anzutreten. Wollen wir diese Gründe weiterhin anerkennen, um den Frauen höhere Prämien in der Krankenversicherung zuzumuten, dies noch in einer Zeit, in der in den letzten Jahren recht interessante Erhebungen über die Armut in der Schweiz gemacht worden sind? Auch in unserem reichen Land gibt es nämlich Kategorien von Mitbürgerinnen und

Mitbürgern, die als arm zu bezeichnen sind: Invalide, Bergbauern und Frauen. Es ist aus diesen Untersuchungen ganz klar hervorgegangen, dass insbesondere ältere Frauen ein grosses Kontingent dieser sogenannten «neuen Armut» stellen.

Man sagt, Frauen belasten die Krankenkassen mehr – also sollen sie mehr Prämien bezahlen. Das ist eine einfache Sache. Das Geschlecht ist natürlich leicht auszumachen. Aber es ist ein untaugliches Kriterium zur Festlegung unterschiedlicher Prämien. Warum belastet man nicht Raucher, Nichtabstinenten oder Uebergewichtige mehr? Weil das schwieriger zu ermitteln wäre und weil wir natürlich auf grossen Widerstand stossen würden. Aber die Frauen hier in einer besonderen Weise heranzuziehen, da hat man keine Hemmungen.

Die meisten Kollektivversicherungen unterscheiden in der Prämienhöhe nicht mehr nach Frauen und Männern. Von mir aus gesehen hat die Subventionierung der Kassen für Frauen und Kinder überhaupt nicht die Bedeutung wie die Subventionierung für Betagte. Denn wer Frauen und Kinder hat, hat im allgemeinen gute Risiken. Aber wenn eine solche Subventionierung schon erfolgen soll, bin ich der Meinung, dass sie nur zugunsten von Kassen erfolgen soll, welche Prämienungleichheit von Mann und Frau durchführen.

**Huber, Berichterstatter:** Wie die Botschaft darlegt, entspricht die Bestimmung in Artikel 36bis dem Entwurf des Bundesrates aus dem Jahre 1981 und dem Sofortprogramm. Nationalrat und Ständerat haben sich in der letzten Beschäftigung mit dem Gegenstand mit der Formulierung des teilweisen Ausgleiches, wie wir es hier ebenfalls haben, zufriedengegeben. Der Unterschied beträgt bei den Krankenpflegekosten – und zwar, Herr Kollege Miville, ohne Mutterschaftsleistungen – rund 50 Prozent. Weil gemäss Artikel 6bis KVG die Prämien der Frauen nur 10 Prozent höher sein dürfen, gewährt der Bund den Kassen einen Beitrag zum teilweisen Ausgleich der höheren Frauenkosten. Der Beitrag an die einzelnen Kassen richtet sich nach der Anzahl der versicherten Personen.

Nun gehört es quasi zur Standardausrüstung jeder Diskussion über die Krankenversicherung, dass man die Gleichstellung der Geschlechter im Sinne der Prämienungleichheit wieder auf den Tisch legt. Aber hier gilt es doch die Grenzen der Solidarität zu erkennen, weil die Gefahr der Entsolidarisierung, die wir an anderen Orten beschworen haben, auch hier gesehen werden muss. Das verfassungsmässige Gebot der Gleichstellung der Geschlechter kann ja im Zusammenhang mit den Krankenkassenprämien nicht angerufen werden. Eine differenzierte Behandlung ist auch aufgrund von Artikel 4 BV dort zulässig und möglich, wo der Unterschied biologisch begründet ist. Dass dieser Unterschied biologisch begründet ist, ist eine der wenigen Tatsachen in einer Revision der Krankenversicherung, wo wahrscheinlich kein Dissens besteht. Die Differenz besteht in der unterschiedlichen Beanspruchung des Gesundheitswesens durch Männer und Frauen. Dass die Krankenpflegekosten bei Frauen bis zu 50, 60 Prozent höher sind als bei Männern, ist ebenfalls eine feste Tatsache.

Die Solidarität besteht und sollte im Rahmen der freiwilligen Versicherungen, die wir haben und haben wollen, bewusst nicht überstrapaziert werden. Zwischen Männern und Frauen wird sie realisiert: einerseits durch die Finanzierung der Prämienangleichung sowie der Mutterschaftsleistung aus Bundesmitteln und andererseits dadurch, dass eben die Prämienunterschied von 10 statt 50 Prozent eingehalten wird. Daraus ergibt sich, dass zusätzliche Solidaritätsbeiträge der Männer die Mitgliederstrukturen der Krankenkassen beeinflussen würden und schliesslich bei den Kassen mit hohen Frauenanteilen zur Anhebung der Prämien führen müssten. Dieser Effekt würde einem Systemwechsel zum Obligatorium Vorschub leisten, was meines Erachtens sachlich nicht zu rechtfertigen ist und überdies den kürzlich gefällten Beschlüssen der Bundesversammlung und ebenso dem Volksentscheid aus dem Jahre 1974 widerspräche. Ebenso wenig kann aber über die bereits bestehende Prämienverbil-

ligung aus Bundesmitteln hinaus die noch verbleibende Differenz mit weiteren Subventionen finanziert werden. Bereits 1984 wurde der entsprechende zusätzliche Subventionsbedarf auf jährlich 200 Millionen Franken beziffert – ein Betrag, der inzwischen beträchtlich höher angesetzt werden müsste. Zu Recht bezeichnete in der Diskussion der damals zuständige Departementsvorsteher eine solche Mehrsubvention als undenkbar.

Die Frage, ob Sie noch Spielraum haben, wird hinten, bei den 100 Millionen der Kommission, auf alle Fälle kritisch. Ich bitte Sie daher, diesmal auch aus taktischen Gründen, hier auf einem permanenten Nebenkriegsschauplatz Ihr Pulver nicht zu früh zu verschiessen.

Frau **Meler Josi**: An sich ist das Votum von Herrn **Miville** Musik für meine Ohren. Trotzdem rate ich Ihnen, ebenfalls aus taktischen Überlegungen, es beim Vorschlag der Mehrheit bewenden zu lassen. Ich möchte zwar sehr gerne, dass wir uns darüber Rechenschaft geben, dass die Geschlechtsunterschiede gar nicht immer in positivem Sinne berücksichtigt werden. Leider gibt man mir bei der Autohaftpflicht, gestützt auf die wenigen Unfälle, welche Frauen verursachen, keine Prämienreduktion.

Wir müssen einsehen, dass uns hier auch die Wissenschaft wenig weiterhilft. So hat sie im Rahmen der Nationalen Forschungsprogramme festgestellt, dass die Frauen zu Lebzeiten kränker seien als die Männer. Mich lässt das ein bisschen «rêveuse», denn ich kann mir nicht vorstellen, dass es mir nach meiner Lebenszeit nützt, gesünder als ein Mann zu sein.

Herr **Miville** hat zu Recht auf die Probleme der alten Frauen hingewiesen. Da muss aber die kantonale Subvention für die Prämienverbilligung das Nötige tun.

Die Raucher und die Uebergewichtigen können wir jetzt auch nicht zur Debatte stellen. Besonders die ersteren haben noch den «Vorteil», dass sie einerseits mehr leisten an die Versicherungen (auf dem Umweg über die Bezahlung der Raucherwaren) und andererseits weniger lang leben – weshalb sie zumindest die AHV per saldo bedeutend weniger belasten als andere.

Das ist bei den Frauen in der Krankenkasse nicht der Fall. Ich weiss, dass wir da mehr Kosten verursachen als die Männer. Das Thema der ungleichen Prämien bleibt zwar zu Recht auf der Traktandenliste, aber wir können es nicht heute lösen. Wir dürfen die Vorlage nicht mit diesem – an sich voll berechtigten – Anliegen belasten. Ich hoffe, dass Herr **Miville** bei der nächsten Wahl für seinen Einsatz belohnt wird.

Stimmen Sie trotzdem heute der Mehrheit zu, damit wir den Gegenvorschlag über die Runden bringen.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag <b>Miville</b>	6 Stimmen
Für den Antrag der Kommission	23 Stimmen

#### Art. 37

Antrag der Kommission  
Randtitel

##### 3. Beiträge für Kinder

###### Abs. 1

Der Bund gewährt den Kassen in der Krankenpflegeversicherung jährlich einen Beitrag zur Ermässigung der Mitgliederbeiträge der Kinder. Als Kinder gelten Versicherte bis zum vollendeten 16. Altersjahr.

###### Abs. 2

Der Bundesbeitrag nach Absatz 1 wird nur gewährt, wenn die Kasse für das dritte und die folgenden Kinder einer Familie keine Beiträge für die Krankenpflegeversicherung erhebt.

#### Art. 37

Proposition de la commission  
Titre marginal

##### 3. Subsidies pour les enfants

#### Al. 1

Pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, la Confédération alloue aux caisses un subside annuel qui est destiné à réduire les cotisations des enfants. Sont des enfants les assurés jusqu'à l'âge de seize ans révolus.

#### Al. 2

Le subside annuel au sens du premier alinéa n'est alloué que si la caisse ne prélève pas de cotisations pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques du troisième enfant et des enfants subséquents d'une famille.

#### Angenommen – Adopté

#### Art. 37bis

Antrag der Kommission  
Randtitel

##### 4. Wartgelder

###### Text

Der Bund übernimmt in Berggebieten nach dem Bundesgesetz vom 28. Juni 1974 über Investitionshilfe für Berggebiete die Hälfte der Wartgelder, welche die Kantone, Gemeinden und Kassen an Aerzte ausrichten.

#### Art. 37bis

Proposition de la commission  
Titre marginal

##### 4. Indemnités annuelles

###### Texte

Dans les régions de montagne au sens de la loi du 28 juin 1974 sur l'aide en matière d'investissements dans les régions de montagne, la Confédération prend en charge la moitié des indemnités annuelles versées aux médecins par les cantons, les communes ou les caisses.

#### Angenommen – Adopté

#### Art. 38

Antrag der Kommission  
Randtitel

##### II. Beiträge der Kantone

###### Abs. 1

Die Kantone gewähren Beiträge für wirtschaftlich schwächere Versicherte, um deren Mitgliederbeiträge zu verbilligen. Sie umschreiben den Kreis der wirtschaftlich schwächeren Versicherten und das Ausmass der Verbilligung der Mitgliederbeiträge.

###### Abs. 2

Die Kantone übernehmen ferner die Mitgliederbeiträge für die Krankenpflegeversicherung und die Kostenbeteiligung, wenn deren Bezahlung für den Versicherten oder den Unterhaltspflichtigen eine grosse Härte bedeuten würde.

###### Abs. 3

Kantone mit geringer Finanzkraft und einem hohen Anteil an Berggebieten vergütet der Bund einen Teil der Beiträge nach Absatz 1. Der Bundesrat bezeichnet die berechtigten Kantone und den Vergütungssatz. Er kann die Vergütung davon abhängig machen, dass der Kanton die Prämien um ein Mindestmass verbilligt.

#### Art. 38

Proposition de la commission  
Titre marginal

##### II. Subsidies cantonaux

###### Al. 1

Les cantons allouent des subsides destinés à réduire les cotisations des assurés à ressources modestes. Ils définissent le cercle de ces assurés et le montant de la réduction.

###### Al. 2

De plus, les cantons prennent en charge les cotisations pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et la participation aux frais dont le paiement mettrait l'assuré ou celui à qui incombe l'obligation d'entretien dans une situation intolérable.

**Al. 3**

Dans les cantons à faible capacité financière qui comprennent d'importantes zones de montagne, la Confédération prend en charge une partie des subsides prévus au 1er alinéa. Le Conseil fédéral désigne les cantons qui en bénéficient et le taux de sa participation applicable à chacun d'eux. Il peut subordonner l'octroi de celle-ci à la condition que le canton contribue par des subsides à réduire les cotisations dans une mesure minimum.

**Angenommen – Adopté****Art. 38bis****Antrag der Kommission  
Randtitel****III. Höhe der Bundesbeiträge****Abs. 1**

Die Aufwendungen des Bundes nach den Artikeln 36 und 37bis werden in der Staatsrechnung zusammen und besonders ausgewiesen. Der Bund vergütet die Aufwendungen, die im vorausgegangenen Kalenderjahr entstanden sind.

**Abs. 2**

Die Höhe der übrigen jährlichen Beiträge des Bundes und der hierfür benötigten Kredite werden unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung in der Krankenpflegeversicherung durch einfachen Bundesbeschluss für drei Jahre festgesetzt.

**Art. 38bis****Proposition de la commission****Titre marginal****III. Montant des subsides fédéraux****Al. 1**

Les dépenses de la Confédération, prévues aux articles 36 et 37bis, figurent dans le compte d'Etat à la fois sous la forme d'un montant total et par catégories. La Confédération rembourse les dépenses qui datent de l'année civile précédente.

**Al. 2**

Le montant des autres subsides annuels de la Confédération et le crédit nécessaire à cet effet sont fixés par un arrêté fédéral simple, valable trois ans, compte tenu de l'évolution des coûts dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques.

**Angenommen – Adopté****Art. 38ter****Antrag der Kommission****Randtitel****IV. Beteiligung der Kantone am Bundesbeitrag****Abs. 1**

Die Kantone beteiligen sich zu 50 Prozent an den Beiträgen des Bundes nach Artikel 38bis.

**Abs. 2**

Der Anteil des einzelnen Kantons berechnet sich namentlich nach:

- den gesetzlichen Leistungen für Krankenpflege, welche die Kassen für die Versicherten im Kanton erbringen;
- der Abweichung der Leistungen je Versicherten vom schweizerischen Durchschnitt;
- seinen Aufwendungen für das Spitalwesen, für die spital-externe Krankenpflege und für die Verbilligung der Mitgliederbeiträge wirtschaftlich schwächerer Versicherter.

**Abs. 3**

Der Bundesrat ordnet die Einzelheiten nach Anhören der Kantone.

**Minderheit****(Miville)****Abs. 2**

- .... Versicherten, der das Rentenalter noch nicht erreicht hat, vom ....

**Art. 38ter****Proposition de la commission****Titre marginal****IV. Participation des cantons aux subsides fédéraux****Al. 1**

Les cantons prennent à leur charge la moitié des subsides fédéraux prévus à l'article 38bis.

**Al. 2**

La part à la charge de chaque canton est fixée notamment d'après:

- Les prestations légales pour soins médicaux et pharmaceutiques que les caisses allouent aux assurés dans le canton;
- La différence entre les prestations par assuré et la moyenne suisse;
- Les dépenses consenties par le canton pour les hôpitaux, pour les soins prodigués hors de l'hôpital et pour la réduction des cotisations des assurés à ressources modestes.

**Al. 3**

Le Conseil fédéral règle les détails, après avoir consulté les cantons.

**Minorité****(Miville)****Al. 2**

- La différence entre les prestations par assuré, qui n'a pas atteint l'âge donnant droit à une rente de l'AVS, et la moyenne suisse;

**Abs. 1 – Al. 1****Angenommen – Adopté****Abs. 2 – Al. 2**

**Miville**, Sprecher der Minderheit: Hier will ich vermeiden, dass Kantone und ihre grossen öffentlichen Kassen bzw. Sozialversicherungen belastet werden, weil sie einen hohen Anteil an Betagten haben. Obwohl mir in der Kommission Herr Hänsenberger in dieser Sache schon einmal widersprochen hat, kann ich als Basler nicht anders, als hier das Beispiel der öffentlichen Krankenkasse des Kantons Basel-Stadt hinzustellen, um zu begründen, was mich hier bewegt. Basel-Stadt hat einen Rentner-Anteil von 25 Prozent – das ist ungefähr das Doppelte des Landesdurchschnitts; zwei Drittel dieser Rentner sind Mitglieder dieser grossen öffentlichen Krankenkasse des Kantons. Das Resultat: jährliche Defizite von zurzeit etwa 65 Millionen Franken, die vom Kanton zu berappen sind.

Die Alterung der Bevölkerung – ich habe gestern bereits darauf hingewiesen – ist mehr und mehr das grosse Problem des Gesundheitswesens! Diese Kosten steigen mit dem Alter stark an; in Basel liegen sie auf über 5000 Franken pro Jahr für über 80jährige Frauen. Diese Aufwendungen sind allein von den Krankenkassen zu übernehmen. Aus diesem Grund finde ich die Bestimmung, welche den Kantonsanteil abhängig machen will von der Abweichung der Leistungen je Versicherten vom schweizerischen Durchschnitt, nur dann gerechtfertigt, wenn man diesen Durchschnitt nimmt, ohne die Betagten einzubeziehen. Diese Kassen, die nun einmal so strukturiert sind, können nichts dafür, dass sie diesbezüglich mehr als der Durchschnitt leisten müssen.

**Huber**, Berichterstatter: Die Grundüberlegung, die hinter dem Antrag von Herrn Miville bezüglich der Ueberalterung steht, ist zweifellos zutreffend. Wir sind uns dessen bewusst. Professor Sommer hat kürzlich in einer Publikation, gestützt auf diese Ueberlegung, geschrieben, dass die grossen Probleme der Krankenversicherungen nicht hinter uns, sondern eindeutig vor uns liegen würden. Er hat dann auf das Problem der Demographie angespielt. Nun ist aber darauf hinzuweisen, dass wir genau aus diesen Ueberlegungen bereits jetzt Bezug genommen haben auf die Zusammensetzung einer Population mit AHV-Rentnern, insbesondere im Rahmen einer Kasse. Deswegen haben wir auch die Solidaritäts-

pflicht unter den Kassen statuiert. Wir sind daher der Auffassung, dass dieses Kriterium des Alters nicht als Verteilungskriterium angewendet werden muss. Wir haben Herrn Miville in der Kommission darauf hingewiesen, dass die Revision der Krankenversicherungen nicht ausschliesslich aus der Sicht des Kantons Basel-Stadt vorgenommen werden kann. Wir haben ihn auch darauf hingewiesen, dass das Migrationsmodell zwischen Basel-Stadt und Basel-Landschaft nicht verallgemeinert werden darf, sondern dass die gemischten Gemeinschaften aus Alt und Jung eben doch das Normalmodell unserer Bevölkerungsstruktur sind. Zudem wollte man hier keine unnötigen Veränderungen am vom Sofortprogramm übernommenen Recht vornehmen. Deshalb wurde der Antrag Miville von der Kommission mit 7 zu 2 Stimmen abgelehnt.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit 5 Stimmen  
Für den Antrag der Mehrheit 23 Stimmen

*Abs. 3 – Al. 3*  
*Angenommen – Adopté*

#### Art. 39

*Antrag der Kommission*  
*Randtitel*

N. Krankenversicherung und Gesundheitswesen  
*Text*

Der Bund fördert unter Mitwirkung der Kantone die Zusammenarbeit der Personen und Institutionen, die an der Durchführung der Krankenversicherung beteiligt sind. Er kann sich an solchen Institutionen beteiligen oder mit ihnen Vereinbarungen über die Zusammenarbeit abschliessen.

#### Art. 39

*Proposition de la commission*  
*Titre marginal*

N. Assurance-maladie et santé publique  
*Texte*

La Confédération encourage, avec le concours des cantons, la collaboration entre les personnes et institutions qui participent à la gestion de l'assurance-maladie. Elle peut s'associer à des institutions oeuvrant à cette fin ou passer avec elles des accords de collaboration.

*Angenommen – Adopté*

#### Art. 40 Randtitel

*Antrag der Kommission*  
O. Schweigepflicht

#### Art. 40 Titre marginal

*Proposition de la commission*  
O. Obligation de garder le secret

*Angenommen – Adopté*

#### Art. 41 Randtitel

*Antrag der Kommission*  
P. Vollzug

#### Art. 41 Titre marginal

*Proposition de la commission*  
P. Exécution

*Angenommen – Adopté*

#### Ziffer II

#### Uebergangsbestimmungen

*Antrag der Kommission*

*a. Anpassung der kantonalen Erlasse und der Kassenstatuten*

#### Abs. 1

Der Bundesrat bestimmt, bis zu welchem Zeitpunkt die Kantone und Gemeinden die Aenderung ihrer Ausführungsbestimmungen erlassen und, soweit dies im Gesetz vorgesehen ist, zur Genehmigung vorlegen müssen.

#### Abs. 2

Wenn der Erlass der definitiven Regelung nicht fristgerecht möglich ist, kann die vollziehende Behörde des Kantons oder der Gemeinde eine provisorische Regelung treffen.

#### Abs. 3

Der Bundesrat bestimmt, bis zu welchem Zeitpunkt die Kassen und Rückversicherungsverbände ihre Statuten und Reglemente anpassen müssen. Von diesem Zeitpunkt an erbringen alle Kassen die Leistungen nach dem neuen Recht und nehmen Leistungen, die nach altem Recht dahingefallen sind, nach dem neuen Recht aber fort dauern würden, auf Begehren des Versicherten wieder auf.

#### b. Behandlungen in Heilanstalten

Die Vergütung des Heilanstaltsaufenthaltes muss spätestens von einem Zeitpunkt an, den der Bundesrat festsetzt, nach dem neuen Recht erfolgen. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt für die Kassen und die Heilanstalten die bisherige Taxordnung unverändert weiter. Wird sie abgeändert, muss sie gleichzeitig dem neuen Recht angepasst werden. Spätestens mit der Anwendung der neuen Taxordnung müssen die Heilanstalten die Kostenstellenrechnung und die Leistungsstatistik nach Artikel 22quinquies Absatz 5 einführen.

#### c. Zusatzversicherungen für Heilanstaltskosten

##### Abs. 1

Die Versicherten können Zusatzversicherungen für Heilanstaltskosten innert eines Jahres nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung vom .... dem neuen Recht anpassen. Wird durch diese Anpassung der bisherige Umfang des Versicherungsschutzes nicht erweitert, darf die Kasse keine neuen Vorbehalte anbringen.

##### Abs. 2

Die Kassen klären die Versicherten innert sechs Monaten nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung vom .... über diesen Anspruch auf. Unterlässt eine Kasse diese Aufklärung, hat der Versicherte während zweier Jahre einen Anspruch auf rückwirkende Anpassung der Zusatzversicherung an das neue Recht.

#### d. Bundesbeiträge in den ersten drei Jahren nach Inkrafttreten

##### Abs. 1

Die Beiträge des Bundes für ein bestimmtes Jahr sind jeweils im darauffolgenden Jahr auszurichten.

##### Abs. 2

##### Mehrheit

Im Jahr des Inkrafttretens der Gesetzesänderung vom .... gilt der Bund den Kassen und Rückversicherungsverbänden den für das Vorjahr geschuldeten Restbeitrag nach altem Recht vollständig ab. Er gewährt ihnen einen zusätzlichen Beitrag, so dass die ausbezahlte Summe 1220 Millionen Franken beträgt.

##### Minderheit

(Miville)

.... 1420 Millionen ....

##### Antrag Schmid

.... so dass die ausbezahlte Summe 1120 Millionen Franken beträgt.

##### Abs. 3

##### Mehrheit

Für das Jahr 1991 beträgt der Bundesbeitrag nach Artikel 38bis Absatz 2 1172 Millionen Franken. Davon entfallen auf Beiträge nach:

Artikel 35	424 Mio. Fr.
Artikel 36bis	632 Mio. Fr.
Artikel 37	95 Mio. Fr.
Artikel 38 Absatz 3	21 Mio. Fr.

<i>Minderheit</i> (Miville) .... 1372 Millionen ....	
Artikel 35	624 Mio. Fr.
<i>Antrag Schmid</i> .... 1066 Millionen Franken ....	
Artikel 35	385 Mio. Fr.
Artikel 36bis	575 Mio. Fr.
Artikel 37	95 Mio. Fr.
Artikel 38 Absatz 3	20 Mio. Fr.

<i>Abs. 4</i> <i>Mehrheit</i> Für das Jahr 1992 beträgt der Bundesbeitrag nach Artikel 38bis Absatz 2 1234 Millionen Franken. Davon entfallen auf Beiträge nach:	
Artikel 35	447 Mio. Fr.
Artikel 36bis	665 Mio. Fr.
Artikel 37	100 Mio. Fr.
Artikel 38 Absatz 3	22 Mio. Fr.
<i>Minderheit</i> (Miville) .... 1434 Millionen ....	
Artikel 35	647 Mio. Fr.
<i>Antrag Schmid</i> .... 1123 Millionen Franken ....	
Artikel 35	407 Mio. Fr.
Artikel 36bis	605 Mio. Fr.
Artikel 37	91 Mio. Fr.
Artikel 38 Absatz 3	20 Mio. Fr.

*e. Inkrafttreten von Artikel 38ter*  
Der Bundesrat setzt Artikel 38ter in Kraft, wenn durch die erste Stufe der Neuverteilung der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen eine angemessene Entlastung der Kantone in anderen Bereichen erfolgt.

## Chiffre II Dispositions transitoires

### Proposition de la commission

#### a. Adaptation des dispositions cantonales et des statuts des caisses au nouveau droit

*Al. 1*  
Le Conseil fédéral détermine la date à laquelle les cantons et les communes doivent avoir modifié leurs dispositions d'exécution et les avoir soumises, lorsque la loi le requiert, à son approbation.

*Al. 2*  
Lorsqu'il n'est pas possible d'édicter à temps les dispositions définitives, l'autorité cantonale ou communale d'exécution peut arrêter une réglementation provisoire.

*Al. 3*  
Le Conseil fédéral détermine la date à laquelle les caisses et les fédérations de réassurance doivent avoir modifié leurs statuts et règlements. A partir de cette date, toutes les caisses allouent leurs prestations selon le nouveau droit et reprennent, à la demande de l'assuré, le versement de celles qui sont échues en vertu de l'ancien droit, mais continueraient d'être exigibles selon le nouveau.

#### b. Traitements dans un établissement hospitalier

A partir de la date fixée par le Conseil fédéral, les prestations pour séjour hospitalier devront être allouées selon le nouveau droit. Avant cette date, la réglementation des taxes valable jusqu'alors s'applique sans changement aux caisses et aux établissements hospitaliers. Si elle est modifiée dans l'intervalle, elle doit être adaptée au nouveau droit. Les établissements hospitaliers doivent introduire la comptabilité analytique et la statistique de leurs prestations conformément à l'article 22quinquies, 5e alinéa, au plus tard lors de l'application de la nouvelle réglementation des taxes.

#### c. Assurances complémentaires pour frais hospitaliers

*Al. 1*  
Les assurés peuvent, dans l'année qui suit l'entrée en vigueur de la modification du .... de la présente loi, adapter

au nouveau droit leurs assurances complémentaires pour frais hospitaliers. Si cette adaptation n'étend pas la protection garantie par l'assurance existante, les caisses ne peuvent imposer de nouvelles réserves.

#### *Al. 2*

Les caisses informent les assurés de ce droit dans les six mois qui suivent l'entrée en vigueur de la modification du .... de la présente loi. Si une caisse omet de le faire, l'assuré peut réclamer, pendant deux ans, l'adaptation rétroactive de son assurance complémentaire au nouveau droit.

#### *d. Subsidés fédéraux alloués au cours des trois premières années qui suivent l'entrée en vigueur*

#### *Al. 1*

Les subsides fédéraux sont versés l'année qui suit celle de leur octroi.

#### *Al. 2*

#### *Majorité*

Dans l'année où la modification du .... de la présente loi entre en vigueur, la Confédération verse intégralement aux caisses et aux fédérations de réassurance le solde du subside accordé selon l'ancien droit et dû pour l'année précédente. Elle leur alloue en outre un subside complémentaire de manière que la somme dépensée de la subvention atteigne au total 1220 millions de francs.

#### *Minorité*

(Miville)  
.... 1420 millions ....

#### *Proposition Schmid.*

.... de manière que la somme dépensée de la subvention atteigne au total 1120 millions de francs.

#### *Al. 3*

#### *Majorité*

Le subside fédéral alloué en vertu de l'article 38bis, 2e alinéa, s'élève à 1172 millions de francs pour 1991.

De ce montant sont versés:

En vertu de:

l'article 35	424 mio de fr.
l'article 36bis	632 mio de fr.
l'article 37, 1er alinéa	95 mio de fr.
l'article 38, 3e alinéa	21 mio de fr.

#### *Minorité*

(Miville)  
.... 1372 millions ....

l'article 35	624 mio de fr.
--------------	----------------

#### *Proposition Schmid*

.... 1066 millions de francs ....

l'article 35	385 mio de fr.
l'article 36bis	575 mio de fr.
l'article 37	95 mio de fr.
l'article 38, 3e alinéa	20 mio de fr.

#### *Al. 4*

#### *Majorité*

Le subside fédéral alloué en vertu de l'article 38bis, 2e alinéa, s'élève à 1234 millions de francs pour 1992.

De ce montant sont versés:

En vertu de:

l'article 35	447 mio de fr.
l'article 36bis	665 mio de fr.
l'article 37, 1er alinéa	100 mio de fr.
l'article 38, 3e alinéa	22 mio de fr.

#### *Minorité*

(Miville)  
.... 1434 millions ....

l'article 35	647 mio de fr.
--------------	----------------

#### *Proposition Schmid*

.... 1123 millions de francs ....

l'article 35	407 mio de fr.
l'article 36bis	605 mio de fr.
l'article 37	91 mio de fr.
l'article 38, 3e alinéa	20 mio de fr.

*e. Entrée en vigueur de l'article 38ter*

Le Conseil fédéral mettra l'article 38ter en vigueur dès que la mise en oeuvre du premier train de mesures au titre de la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons aura déchargé de manière appropriée les cantons dans d'autres domaines.

*Bst. a bis c – Let. a à c*

**Huber, Berichterstatter:** Die Positionen a, b und c können vom Referenten trotz ihrer relativen Kompliziertheit sehr kurz behandelt werden.

Es handelt sich bei den Buchstaben a, b und c um Anpassung kantonales Rechts, um die Anpassung von Kassenstatuten, um die übergangsrechtliche Behandlung in Heilanstalten und schliesslich um die Zusatzversicherung für Heilanstaltskosten: also um Bestimmungen, die dem Sofortprogramm entnommen werden und die daher meines Erachtens zu keinerlei Diskussion Anlass geben sollten.

*Angenommen – Adopté**Bst. d – Let. d*

**Huber, Berichterstatter:** Die Bemerkungen zu Buchstabe d müssen intensiver sein. Die Darstellung unter diesem Buchstaben d ist mit der Tabelle in Anhang 1 anzusehen. Die Mehrheit der Kommission will den Gesamtbetrag, den das Sofortprogramm für 1990 (Auszahlungsjahr 1991) vorsah, nämlich 1,120 Milliarden, um 100 Millionen auf 1,220 Milliarden erhöhen. Sie hält das in Anbetracht der zunehmenden Ueberalterung, des inzwischen erfolgten jährlichen massiven Kostenanstiegs, seitdem Sie das Sofortprogramm beraten haben, und der starken Belastung von Kassen und Patienten für gerechtfertigt.

In der Folge gibt es Positionen, die sich nach altem KUVG-Recht entwickeln, nämlich die Mutterschaftskosten und das Wartgeld, während die anderen Positionen für das Jahr 1991/1992 unter Zugrundelegung einer Steigerungsrate von 5,5 Prozent festgelegt werden. Das gibt die im Gesetz festgehaltenen und in der Tabelle ausgewiesenen Zahlen.

Für die Zukunft würde sich der Mechanismus bei Zustimmung – um die ich bitte – zur Lösung der Kommission wiederholen. Die Beiträge für Mutterschaft und Wartgelder entwickeln sich automatisch voll nach der Kostenentwicklung, während die übrigen Beiträge entsprechend in einem einfachen Bundesbeschluss angepasst werden, also unter Ausschluss des Referendums, aber gemäss Artikel 38bis (Höhe der Bundesbeiträge) nach dem Kriterium Berücksichtigung der Kostenentwicklung in der Krankenpflege. Dieses Kriterium ist im Laufe der Beratung des Kranken- und Mutterschaftsversicherungsgesetzes im Sofortprogramm hart erkämpft worden.

Die Minderheit der Kommission stimmt dem Antrag Miville zu, der von einer Erhöhung um zusätzliche 200 Millionen ausgeht. Allerdings will die Minderheit diesen Betrag nicht allgemein für diejenigen Positionen, bei denen sich die Beiträge nicht automatisch der Kostenentwicklung anpassen, verwenden, sondern speziell für eine Aufstockung von Leistungen gemäss Artikel 35 (Bundesbeiträge für AHV/IV-Rentner).

Aus finanzpolitischen Gründen, aus Gründen des Masses, aber auch, weil sie dort schon einen besonderen Akzent gesetzt hat, lehnt die Mehrheit mit Stichentscheid des Präsidenten den Antrag Miville ab und stimmt dem Antrag Meier Josi auf eine Erhöhung um 100 Millionen zu. Wenn Sie vergleichen, was die Initiative für 1993 will, nämlich 2,84 Milliarden, sehen Sie, dass wir etwa die Hälfte der Bundesbeiträge statuieren.

Wir haben des weiteren einen Antrag Schmid, der – so nehme ich an – im Detail noch begründet wird. Wenn es im Antrag Schmid darum geht, keine 100 Millionen zu sprechen, so wäre das identisch mit der Haltung des Bundesrates. Dem möchten wir gegenüberstellen, dass es unseres Erachtens falsch ist, dass, wenn die übrigen Gemeinwesen

unter der Kostenentwicklung in den letzten Jahren massiv Kosten übernommen haben, der Bund die seinen im Bereich der Krankenversicherung plafoniert hat. Tatsache ist nämlich, dass nicht nur die Krankenkassen und die Patienten diejenigen sind – das muss man auch einmal sehen –, die unter der Plafonierung «zu leiden haben», sondern auch die Gemeinwesen. Wenn Sie vergleichen, was die Kantone und Gemeinden vor zehn Jahren für das Gesundheitswesen erbracht haben und was sie heute erbringen, sind das Differenzen in der Grössenordnung mehrerer Milliarden. Auch auf diese Art und Weise kann man Politik betreiben, nämlich indem man bei einem Wachstumsgebiet die eigenen Leistungen einfriert. Und das hat der Bund in der Vergangenheit zulasten der Kantone gemacht!

Ich bitte Sie daher, aus allen Anträgen – seien es solche, die bei dem bleiben wollen, was das Sofortprogramm vorsieht, oder solche, die darüber hinausgehen wollen – die Mitte zu wählen. In der Mitte befinden Sie sich politisch zumeist am richtigen Ort.

**Miville, Sprecher der Minderheit:** Sie haben gehört, dass der Antrag nur mit Stichentscheid des Präsidenten abgelehnt worden ist. Er ist mir von den drei Anträgen, die ich stelle, weitaus der wichtigste. Es gibt zwei Gründe, die mich dazu bewegen:

Der erste Grund: Wir möchten mit dem Gegenvorschlag erreichen, dass die Krankenkassen-Initiative zurückgezogen wird. Die 100 Millionen mehr Bundesbeiträge, die der Gegenentwurf der Kommissionsmehrheit gegenüber dem Sofortprogramm festsetzen will, werden für einen solchen Rückzug – davon bin ich überzeugt – nicht genügen. Das ist der erste Grund, warum ich um zusätzliche 200 Millionen aufstocken will.

Der zweite Grund ist – wiederum in Fortsetzung dessen, was ich Ihnen vorher ausgeführt habe – eine vermehrte Hilfe an die Krankenkassen im Sektor Betagte. Daher binde ich ja meinen Antrag an den Artikel 35.

Ich möchte Ihnen einige wenige Zahlen nennen, die mit meinem Antrag zu tun haben:

Krankenpflegekosten gemäss Nationalem Forschungsprogramm (NFP 8): Männer bis 62 Jahre 580 Franken, Männer über 62 Jahre 2200 Franken pro Kopf und Jahr; Frauen bis 62 Jahre 980 Franken, Frauen über 62 Jahre 2500 Franken pro Kopf und Jahr. Ist das nicht ein eindrücklicher Unterschied?

Wenn man das zur Kenntnis genommen hat – diese gewaltigen Mehrkosten, die sich für die Menschen im AHV-Alter ergeben –, muss man noch zusätzlich wissen, dass die öffentlichen Kassen 24,4 Prozent der über Sechzigjährigen versichern, die Betriebskrankenkassen 24,3 Prozent, die kleinen und mittleren Kassen 21,5 Prozent und die grossen Kassen der privaten Assekuranz 15,5 Prozent.

Ich denke hier an die öffentlichen Kassen mit ihrem Bestand von 24,4 Prozent an über Sechzigjährigen, die also einen grossen Anteil der Kosten für Leute im Rentenalter zu tragen haben.

Ich meine, dass es richtig sei, diese Kassen mit einer höheren Hilfe zu unterstützen. Daher mein Antrag.

**Schmid:** Der Inhalt meines Antrages, der sehr technisch aussieht, ist in der Tat, wie der Herr Kommissionspräsident vermutet hat, nichts anderes als der Ausdruck des politischen Willens, diese Beitragsleistung des Bundes um 100 Millionen Franken herabzusetzen.

Statt eine Basis von 1220 Millionen Franken zu nehmen, schlage ich Ihnen vor, 1120 Millionen Franken vorzusehen. Das entspricht dem sogenannten «Sofortprogramm», Basis 1991.

Die Zahlen in den Absätzen 3 und 4 sind die Ausdeutung der Konsequenz dieses Antrages in Absatz 2, wobei ich sogleich beifügen muss, dass mit Bezug auf die Zahlen in Absatz 3 ein Druckfehler entstanden ist. Die Beiträge nach Artikel 37 betragen nicht 95, sondern 86 Millionen Schweizer Franken. Warum schlage ich diese Reduktion vor?

Nachdem Herr Bundesrat Cotti in der Einleitung in seiner präzisen Art und Weise bereits erklärt hat, aus welchen Gründen der Bundesrat gegen eine Aufstockung von 100 Millionen Franken ist, könnte ich es mir sehr leicht machen und auf Herrn Bundesrat Cotti verweisen. Für mich ist allerdings noch ein weiterer Punkt entscheidend.

Die Geschäftsgrundlage, auf welcher dieser Rat Eintreten beschlossen hat und dieses Geschäft nun durchziehen will, beruht auf der Annahme, dass wir das alte Sofortprogramm minus Mutterschaftsversicherung dem Volk nochmals vorlegen.

Das Vorgehen, gegen den Willen des Bundesrates, ohne Vernehmlassung, im raschen Verfahren eine Kommissionsvorlage zu beschliessen und durchzuziehen, rechtfertigt sich nur, wenn wir wirklich in den wesentlichen Punkten nichts anderes präsentieren als das, was das Sofortprogramm seinerzeit vorgesehen hatte: für 1991 von einer Basis von 1,120 Milliarden Franken auszugehen. Es kommen dann die jährlich festgelegten Steigerungen im Dreijahresrhythmus dazu.

Deshalb halte ich es für nicht verantwortbar, bei dieser Ausgangslage eine andere Berechnungsgrundlage zu akzeptieren als jene des Sofortprogramms.

Selbstverständlich verstehe ich die Gründe von Herrn Miville und auch die Gründe, die der Kommissionspräsident vorgebracht hat. Man kann immer noch mehr geben, und vermutlich sollte man noch mehr geben. Aber in dieser politischen Situation glaube ich, sei es nicht tunlich.

Es gibt auch einen materiellen, inhaltlichen Grund, beim Sofortprogramm zu bleiben. Was hier nun die Kommission vorschlägt, bedingt Kassenleistungen, die, grosso modo gesehen, gleich, wenn nicht sogar kleiner sind als das, was das Sofortprogramm von den Kassen gefordert hätte. Wenn nun praktisch der Leistungsstand der Kassen gleich bleibt, dann ist logisch nicht begründbar und nicht einsehbar, weswegen wir ihnen gegenüber dem Sofortprogramm 100 Millionen Franken mehr zuhalten. Dieser innere Widerspruch ist evident.

Ich bitte Sie aus allen diesen Gründen, auch hier beim Sofortprogramm zu bleiben und auf der Basis meines Antrages zu entscheiden.

**Piller:** Ich bin nicht Kommissionsmitglied. Ich habe der Initiative nicht zugestimmt, in der Annahme, dass dieser indirekte Gegenvorschlag letztlich mehr bringt.

Wir haben auf Ende Jahr sehr massive Prämienerrhöhungen zu zahlen, das wissen Sie. Wir haben hier die wichtigsten Vorschläge des Gegenentwurfs. Es werden Neuerungen vorgenommen, die letztlich auch wieder etwas kosten.

Wenn wir jetzt diesen Weg, zumindest diese 100 Millionen mehr, die die Kommission vorsieht, nicht beschliessen, dann wird es ja noch schlimmer für die Versicherten, für die Familien!

Da muss ich Ihnen sagen: Ich würde mir etwas betrogen vorkommen. Ich würde also unter diesen Umständen – wenn der Antrag Schmid durchgehen sollte – die Initiative unterstützen, denn das ist letztlich kein Gegenvorschlag mehr. Ich habe einfach damit grösste Mühe: Die Kommission schlägt einige Neuerungen vor, die zusätzliche Kosten – oder sehe ich das falsch? – verursachen. Ich wäre sehr froh, wenn der Kommissionspräsident doch auch darauf hinweisen würde, was diese Neuerungen an finanziellen Konsequenzen bringen!

**M. Gautier:** Je voudrais faire simplement une remarque à ce point du débat. La discussion qui vient de commencer sur cet article démontre toute l'absurdité de ce contre-projet. En effet, nous nous trouvons maintenant dans une impasse. Si nous en croyons M. Miville ou M. Piller, à moins de 300 millions de supplément, ce contre-projet n'a plus aucun effet dissuasif. Si nous suivons la commission, on peut espérer encore un vague petit effet dissuasif avec 100 millions, mais ce serait insuffisant pour d'aucuns. Enfin, selon le Conseil fédéral, nous ne devons rien ajouter du tout. Nous nous trouvons par conséquent dans une situation extrêmement

désagréable: ou nous nous attaquons aux finances fédérales et nous déséquilibrons le budget de la Confédération, ou bien nous retirons tout effet dissuasif à l'initiative. Comme, personnellement, je ne crois absolument pas à cet effet, je voterai la proposition de M. Schmid.

**Frau Meier Josi:** Man kann diese Erhöhung von 100 Millionen Franken füglich vertreten, und zwar allein schon aus folgendem wichtigem Grund: Seit der Verabschiedung des Sofortprogramms sind neue Tatsachen eingetreten. Wir haben die neue Dimension der Altersfrage kostenmässig erst richtig erkannt. Wir haben auch erst seither den Einfluss gewisser neuer Krankheitsfolgen so richtig gesehen. Ich denke etwa an die grossen Kosten, welche Aids verursachen wird.

Diese neuen Schwierigkeiten sollten finanziell von den Kassen aufgefangen werden können. Schon dafür braucht es zusätzliche Mittel. Wir ermöglichen aber damit auch gleichzeitig die Neuverteilung der Subventionen. In der Art, wie wir das erstmalig zugunsten bestimmter Risiken tun, liegt eine entscheidende Neuerung dieses Sofortprojektes. Die zusätzlich verlangten Mittel machen weniger als 10 Prozent der alten Summe aus. Man muss diese Dimensionen sehen. Die Ausweitung wird es ermöglichen, dass gewisse Desolidarisierungseffekte von den Kassen selbst aufgefangen werden. Wir dürfen der Kommissionsmehrheit zustimmen, ohne gerade so weit zu gehen, wie Herr Miville dies vorschlägt.

**Schönenberger:** Ich unterstütze den Antrag Schmid und gebe meinem Erstaunen darüber Ausdruck, wie leichtfertig man scheinbar in diesem Saal mit den Ausgaben wieder einmal umgehen will. Es geht ja nicht einfach um 100 Millionen. Ausgegeben sind die schnell, und das Parlament ist immer sehr schnell zu Ausgabenbeschlüssen bereit. Ein Beispiel hat auch der Nationalrat wieder geliefert mit seinen 80 Millionen Franken an die Berglandwirtschaft. Jetzt folgt der Ständerat mit weiteren 100 Millionen. Das gibt bereits 180 Millionen. So kann es doch einfach nicht weitergehen! Diese Ausgaben müssen auch einmal bezahlt werden, und wir wissen schon heute, dass sich die Finanzlage des Bundes wieder zum Schlechten wendet. Da ist es meines Erachtens nicht vertretbar, diese Millionen zusätzlich auszugeben. Ich weiss, dass sehr viele Leute das Geld ausgeben, aber es sind schliesslich die gleichen Leute, welche die Rechnung begleichen.

Ich bitte Sie also, dem Antrag Schmid zuzustimmen.

**Huber, Berichterstatter:** Es wird jetzt hier von Absurdität und von Leichtfertigkeit gesprochen. Das sind doch relativ harte Ausdrücke. Ich möchte die Absurdität vielleicht da sehen, wo man überhaupt nichts bewegen will, sondern die Dinge weiter treiben lässt, und ich möchte die Leichtfertigkeit vielleicht dort sehen, wo man einfach die Tatsache ignoriert, dass seit dem Sofortprogramm die Kosten ganz entschieden gestiegen sind.

Wenn Sie so handeln, sind Sie nicht mehr glaubwürdig: Damals haben Sie behauptet, Sie würden mit den Steigerungen, die Sie eben damals bewilligt haben, Kosten abgelten, und jetzt wollen Sie im Prinzip auf dem seinerzeitigen Stand stehenbleiben. Im Jahre 1987 sind die Krankenpflegekosten je Versicherten gegenüber dem Vorjahr um 8,4 Prozent angestiegen. Für das Jahr 1988 liegen begrifflicherweise keine Zahlen vor. Wir dürfen aber, gestützt auf Informationen, annehmen, dass die Jahresteuern 1988 ein ähnliches Ausmass erreichen wird; sie wird voraussichtlich wieder über 8 Prozent liegen. Die Gesamtausgaben der Krankenkassen – ohne Krankengeld, einschliesslich Zusatzversicherungen für Krankenpflege – beliefen sich 1987 auf 8,975 Milliarden Franken, 1986 beliefen sie sich auf 8,389 Milliarden. In einem Jahr sind die Kosten der Krankenkassen um rund 600 Millionen gestiegen. Im Jahre 1985 waren es 7,8 Milliarden, also ergab sich auch schon damals eine Kostensteigerung von rund 500 Millionen. Die Vergangenheit beweist, dass die Jahre, die seit der Verabschiedung des Sofortprogramms vergangen sind, der Krankenversicherung zusätzli-

che Kosten in der Grössenordnung von zwischen 1 bis 1,5 Milliarden Franken gebracht haben.

Weiter: In der Botschaft ist unter dem Titel Uebergangsbestimmungen, Litera d (Bundesbeiträge in den ersten drei Jahren nach Inkrafttreten), für die beiden anschliessenden Jahre wie im Sofortprogramm eine Steigerungsrate von je 5,5 Prozent vorgesehen. Wir wissen, dass wir damit bereits zum vornherein wieder keinen auch nur annähernden Ausgleich zu den Teuerungsraten schaffen, sondern dass wir aus der Natur der Sache heraus bereits wieder den Krankenkassen rund 2 Prozent zusätzlich überbinden. In dieser Situation haben wir dem Antrag zugestimmt, zusätzliche 100 Millionen für das Sofortprogramm vorzusehen.

Und unter diesen Gesichtspunkten – die meines Erachtens weder das Attribut der Leichtfertigkeit noch der Absurdität, dafür aber das Attribut der klaren Durchsicht für sich in Anspruch nehmen können – empfehle ich Ihnen, der Mehrheit der Kommission zuzustimmen.

**Bundesrat Cotti:** Darf ich Sie bitten, vielleicht einmal mit dem Attribut der Logik vorzugehen? Ich will die Idee des Bundesrates nicht noch einmal bestärken. Ich habe Ihnen vorher gesagt, warum der Bundesrat schon aus finanzpolitischer Folgerichtigkeit heraus den Antrag Schmid bevorzugt. Ich möchte doch noch einmal kurz an folgendes erinnern: letztes Jahr – nicht vor fünf Jahren! – Sofortprogramm, Gewährung einer Erhöhung der Beiträge des Bundes zwischen dem geltenden Recht (Bemessung für 1985) und dem neuen Recht (Bemessung für 1990) von 200 Millionen Franken; dazu Anpassung, wie Herr Huber gesagt hat, um 5,5 Prozent für die nächsten zwei Jahre. Die Erhöhung der Kosten war somit schon eingerechnet. Dieses Jahr sieht man im Gegenvorschlag nun die genau gleiche Erhöhung vor, aber von einem Plafond aus, der 100 Millionen höher liegt. Warum, weiss ich nicht. Wenn man bei der Logik des Sofortprogramms bleiben will, soll man bis zum Ende beim Sofortprogramm bleiben, Herr Huber, ob es einem passen mag oder nicht!

Ich möchte noch einmal betonen: Sie bringen ein «Mini-Sofortprogramm», das in bezug auf Kosteneinsparungen noch weniger bringt als das Wenige, das das Sofortprogramm beinhaltet. Es wird noch ein kleineres Opfer vor allem von den Krankenkassen verlangt, aber man will ihnen trotzdem 100 Millionen mehr geben. Wenn Sie diese Ueberlegung logisch finden, ist es Ihr Recht, dem zu folgen. Die Wahrheit ist aber ziemlich genau das Gegenteil dessen, was Frau Meier vorher festgestellt hat.

#### *Abstimmung – Vote*

##### *Eventuell – A titre préliminaire*

Für den Antrag Miville	5 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	26 Stimmen

##### *Definitiv – Définitivement*

Für den Antrag der Kommission	10 Stimmen
Für den Antrag Schmid	23 Stimmen

##### *Bst. e – Let. e*

*Angenommen – Adopté*

### **Ziffer III**

#### **Referendum und Inkrafttreten**

##### *Antrag der Kommission*

##### *Abs. 1*

Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

##### *Abs. 2*

Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

### **Chiffre III**

#### **Référendum et entrée en vigueur**

##### *Proposition de la commission*

##### *Al. 1*

La présente loi est sujette au référendum facultatif.

#### *Al. 2*

Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

#### *Angenommen – Adopté*

#### *Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble*

Für Annahme des Gesetzentwurfes	24 Stimmen
Dagegen	4 Stimmen

#### *Eventualantrag der Kommission*

(falls der Rat dem indirekten Gegenvorschlag zustimmt)

Die Frist zur Behandlung der Volksinitiative «für eine finanziell tragbare Krankenversicherung» wird gestützt auf Artikel 27 Absatz 5bis des Geschäftsverkehrsgesetzes um ein Jahr, bis zum 29. April 1990, verlängert

#### *Proposition subsidiaire de la commission*

(pour le cas où le conseil approuverait le contre-projet indirect)

Le délai fixé pour l'examen de l'initiative populaire «pour une assurance-maladie financièrement supportable» est prorogé d'un an, soit jusqu'au 29 avril 1990, en vertu de l'article 27, alinéa 5bis, de la loi sur les rapports entre les conseils.

**Le président:** Nous avons encore à nous prononcer sur la proposition subsidiaire de la commission, qui prévoit que le délai fixé pour l'examen de l'initiative populaire est prolongé d'un an.

#### *Angenommen – Adopté*

#### *An den Nationalrat – Au Conseil national*

88.014

## Krankenkassen-Initiative Initiative des caisses-maladie

Siehe Jahrgang 1988, Seite 898 – Voir année 1988, page 898  
Beschluss des Nationalrates vom 13. Dezember 1989  
Décision du Conseil national du 13 décembre 1989

---

### Differenzen – Divergences

**Huber, Berichterstatter:** Am 13. und 14. Dezember 1988 hat sich der Ständerat letztmals mit der Krankenkassen-Initiative und dem Gegenvorschlag der ständerätlichen Kommission beschäftigt. Er hat die Krankenkassen-Initiative mit 37 Stimmen abgelehnt. In der Folge ist der Ständerat mit 26 zu 14 Stimmen auf den von der Kommission erarbeiteten Gegenvorschlag eingetreten und hat ihm in der Schlussabstimmung mit 24 zu 4 Stimmen zugestimmt.

Es ist hier der Ort, um noch einmal kurz die Charakteristiken dieses indirekten Gegenvorschlages, den der Bundesrat damals im Grundsatz bekämpft hat, darzustellen.

Ihre Kommission hat Ihnen vorgeschlagen, konsensfähige Elemente des Sofortprogramms, das in der Volksabstimmung mit der Mutterschaftsversicherung abgelehnt wurde, neu aufzunehmen. Es kann keine Rede davon sein – wie es in den Medien geheissen hat –, es habe sich um eine Neuauflage des Sofortprogramms gehandelt. Im Vordergrund standen drei Elemente: die Kostendämmung, die Leistungsanpassung – ich nenne beispielsweise nur das Stichwort Spitex – und die Konsensfähigkeit der Vorschläge. Darüber hinaus hat Ihre Kommission neue Elemente in den Entwurf zu ihrem Gegenvorschlag zur Kasseninitiative aufgenommen, die heute als politische Forderung in aller Leute Mund sind: den Kampf gegen die Desolidarisierung innerhalb und unter den Kassen. Dabei wurde statuiert, dass nicht nur anders subventioniert werden soll, sondern dass die Kassen auch eigene Mittel für diesen Zweck einsetzen müssen. Die Kommission hat Ihnen eine neue Verteilung der Subventionen des Bundes vorgeschlagen und hat das im Zusammenhang mit Krankenkassenfragen strapazierte Giesskannenprinzip erneut relativiert.

Die Subventionierung der Männerprämie sollte gestrichen werden. Die Subventionen wurden anders verteilt, damit mehr für alte und chronischkranke Menschen eingesetzt werden konnte.

Schliesslich hat Ihre Kommission – in Kenntnis der Entwicklung auf dem Sektor der Krankenversicherung – zwischen dem Zeitpunkt der Verabschiedung des Sofortprogramms und dem Gegenvorschlag die Subventionsbasis um 100 Millionen Franken angehoben. Wir haben dann für die drei folgenden Jahre eine Steigerungsrate von 5,5 Prozent vorgeschlagen.

Der Ständerat hat dem Gegenvorschlag in der Form der Kommissionsfassung *grosso modo* zugestimmt, hat allerdings den Betrag von zusätzlichen 100 Millionen Franken zwischen Sofortprogramm und Beginn der Leistungen nach indirektem Gegenvorschlag mit 23 zu 10 Stimmen verworfen. In dieser Form wurde das Geschäft dem Nationalrat unterbreitet.

Die Beratungen der nationalrätlichen Kommission und der Entscheid des Nationalrates: Zuerst gilt es festzuhalten, dass der Nationalrat in zwei Punkten dem Ständerat gefolgt ist. Mit allen gegen eine Stimme hat der Nationalrat die Initiative der Kassen abgelehnt, und er hat materiell einem indirekten Gegenvorschlag zugestimmt, was der Bundesrat während der Arbeit des Ständerates auch ablehnte.

Systematisch hat der Nationalrat das ganze Paket in drei Teile zerlegt, und damit haben wir uns heute zu beschäftigen. Er hat diese Teile mit den Buchstaben A, B und C versehen. Dabei ist A der Bundesbeschluss über die Ablehnung der Krankenkassen-Initiative. Sie finden diesen Buchstaben nicht mehr auf der Fahne, da hier Uebereinstimmung zwischen den Räten vor-

handen ist. B ist der Gegenvorschlag des Ständerates, C der Beschluss des Nationalrates.

In der Kommission des Nationalrates zeigten sich drei Tendenzen, die auch im Rat erkennbar wurden:

Eine Gruppe wollte den ständerätlichen Gegenvorschlag mit «Lösungen für alles und für jedes» anreichern.

Eine weitere Gruppe wollte den Gegenvorschlag des Ständerates tel quel übernehmen, ihm zustimmen.

Eine dritte Gruppe votierte dahin, den Gegenvorschlag zu begrenzen auf eine jährliche Zahlung von 1,3 Milliarden Franken auf die Dauer von fünf Jahren.

Daraus resultiert die Vorlage, die jetzt zur Debatte steht. Sie beinhaltet im Buchstaben B Kenntnisnahme von einem verfahrensleitenden Beschluss des Nationalrates, nämlich von der Sistierung der Behandlung des indirekten Gegenvorschlags des Ständerates bis zum Vorliegen der Arbeiten der Expertenkommission Schoch.

In einem Beschluss C hat der Nationalrat einstimmig mit 133 Stimmen einen allgemeinverbindlichen Bundesbeschluss zur befristeten Anhebung der Subventionen an die Kassen beschlossen. Dieser Beschluss ist auf fünf Jahre befristet, 1990 bis 1994. Er sieht eine jährliche Erhöhung der Bundessubventionen an die Krankenkassen auf 1,3 Milliarden Franken vor. Ergänzung des geltenden Artikels 38bis KVG: Dieser Artikel bildet die Grundlage für die im Jahre 1977 eingeführte Plafondierung der Bundesbeiträge. Damit wurden in einer Rückschau vor allem die Kantone und die Prämienzahler belastet. Ein Spareffekt, auch das sei uns eine Lehre, trat bekanntlich nicht ein, dafür ein «fröhliches» Wachstum. Als gestaltende Elemente zur zusätzlichen Subventionierung treten Massnahmen gegen die Desolidarisierung, von denen bei der Detailberatung zu reden sein wird.

Einige Worte zur Stellungnahme der ständerätlichen Kommission. Ihre Kommission empfiehlt Ihnen einstimmig, bei einer Enthaltung, dem vorliegenden Bundesbeschluss zur befristeten Anhebung der Subventionen an die Krankenkassen in der Fassung des Nationalrates ohne jede Abänderung zuzustimmen. Diese Empfehlung basiert im wesentlichen auf folgenden Überlegungen: Der Initiative der Kassen wird materiell ein indirekter Gegenvorschlag gegenübergestellt. Die Erhöhung der Subventionen an die Krankenkassen durch den Bund entspricht nicht nur dem klar manifestierten Willen des Ständerates in der ersten Lesung dieses Geschäftes, sondern auch – und das ist eine wesentliche, zentrale Erkenntnis – der tatsächlichen Entwicklung der Kosten in diesem Bereich. Der vom Nationalrat einstimmig verabschiedete Beschluss, der nun auch der Haltung des Bundesrates entspricht, ist ein taugliches Instrument in der Auseinandersetzung mit der Krankenkassen-Initiative. Er ist einfacher zu verstehen, er ist einfacher zu erklären als das Ergebnis der ständerätlichen Beratung, entbehrt aber vieler notwendiger und wünschbarer Verbesserungen eines alten Gesetzes.

Die zeitlichen Verhältnisse erlauben es uns nicht, auf dem sistierten indirekten Gegenvorschlag des Ständerates zu beharren. Die Behandlungsfrist für die Initiative, die am 29. April 1985 eingereicht wurde, läuft mit der Verlängerung am 29. April 1990 ab. Mit der vorliegenden Verabschiedung des Bundesbeschlusses C und der ungenutzten Referendumsfrist sind die Positionen zwischen Initianten und Parlament klar. Der Rückzug der Initiative der Kassen wäre möglich, wenn gleich ein derartiges Signal von den Initianten nicht gegeben ist.

Der Bundesrat hat mit klaren und eindeutigen Vorgaben die Expertenkommission unter dem Vorsitz von Kollege Schoch eingesetzt. Das eingeschlagene Arbeitstempo und die gute Stimmung in der Expertenkommission sind Signale, dass die Totalrevision des Krankenversicherungsrechts innerhalb der Laufzeit des Bundesbeschlusses, eben der fünf Jahre, gelingen könnte. In der Kommission ist von verschiedenen Mitgliedern bedauert worden, dass der Ständerat einen indirekten Gegenvorschlag politisch nicht durchsetzen konnte. Herr Bundesrat Cotti hat in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass es keine Sieger und keine Verlierer gibt.

Das wirft die Frage auf, was der Ständerat mit seinem ursprünglichen indirekten Gegenvorschlag erreicht hat, sofern

Sie unserem heutigen Antrag auf Zustimmung zum Nationalrat Ihrerseits zustimmen. Ich sehe drei Elemente:

1. Der Ständerat hat mit seiner Arbeit dem Gedanken des indirekten Gegenvorschlags zum Durchbruch verholfen und letztlich auch den Bundesrat davon überzeugt.

2. Wird der Bundesbeschluss angenommen, erhalten die Kassen – und, wie ich hoffe, damit die Versicherten – mehr Mittel, respektive es wird ihnen weniger genommen. Die Lastenverteilung zwischen den Versicherten, den Kassen, den Kantonen und dem Bund wird, wenn auch in einem alten Schlauch, verbessert. Der Bundesrat hat dem Nationalrat mehr Mittel konzediert, als er im Ständerat durchgesetzt hatte.

3. Der nun vorgeschlagene Bundesbeschluss enthält die Idee des Ständerates, der Entsolidarisierung entgegenzutreten. Das Kriterium der Mittelverteilung entspricht in etwa unseren Intentionen, wenn auch das gewählte System der Kompliziertheit und Undurchsichtigkeit nicht entbehrt.

Wenn man die Innovationsfähigkeit unseres Krankenversicherungssystems, ja des Gesundheitswesens überhaupt – die sich am unteren Rand des Möglichen bewegt – kennt, dann ist das mühsam Erreichte trotz allem nicht geringzuschätzen. Nicht mit vollends resigniertem Ton, sondern mit Ueberzeugung empfiehlt Ihnen daher Ihre Kommission Kenntnisnahme vom Sistierungsbeschluss des Nationalrates für B und Eintreten auf den Bundesbeschluss C.

**M. Gautier:** Ce n'est certainement pas aujourd'hui que nous allons résoudre les nombreux problèmes que pose l'assurance-maladie. Le contre-projet qui nous revient du Conseil national le permet encore moins que celui que nous avons élaboré dans notre conseil.

Ce contre-projet, en augmentant notablement les subventions de la Confédération aux caisses-maladie, présente un certain avantage: permettre de combattre l'initiative du concordat avec une relative efficacité et donner le temps à la commission présidée par M. Schoch et au Conseil fédéral de revenir avec une vraie réforme de l'assurance-maladie. Mais, hélas, ce projet a aussi bien quelques inconvénients qui ne me paraissent pas négligeables. Tout d'abord, il ne va pas dans le sens où il faudrait aller pour traiter les maux dont souffre l'assurance-maladie. En particulier, il ne prévoit rien pour limiter l'augmentation des coûts. En outre, les millions qu'il ajoute aux subventions continueront à être dispensés selon la technique de l'arrosage, sans tenir compte de la situation financière des assurés. Je suis persuadé qu'on n'arrivera à rien sans mieux répartir les subventions, notamment en tenant compte de la situation des assurés. Il n'est pas normal qu'un président directeur général d'une grande multinationale reçoivent les mêmes subsides qu'un manoeuvre. Je le dis bien sûr à l'intention de la commission Schoch et du Conseil fédéral.

Un autre défaut, qui ne me paraît pas plus négligeable que le précédent, c'est le coût de cette opération. Plus de 300 millions de dépenses annuelles, non prévues au plan financier, ne se trouveront pas sans quelques conséquences. La plus probable d'entre elles est une augmentation du déficit annuel de la Confédération, un recours accru à l'emprunt, ce qui n'est guère souhaitable dans le temps de taux élevés que nous vivons, et ne va guère dans le sens de la politique financière et conjoncturelle de la Banque nationale. A la limite, on peut se demander si, en subventionnant les caisses-maladie, on ne va pas faire augmenter les taux, dont le taux hypothécaire, avec les conséquences que l'on sait pour les locataires. Comme dans ce domaine il n'y a pas de miracles, il n'est pas exclu que ce que les assurés paieront en moins pour leurs cotisations ils doivent le payer en plus pour leur logement, tout au moins en partie. C'est à se demander si l'on n'arrivera pas à un subventionnement de l'assurance-maladie par les locataires!

Au total donc, ce contre-projet, s'il a quelques avantages, a aussi bien des inconvénients. Faute d'avoir une meilleure solution à vous proposer, je ne le combattrai pas, mais je m'abstiendrai de le voter.

**Miville:** Wir haben noch bis zum 29. April 1990 Zeit, uns mit dieser Initiative zu befassen. Aus diesem zeitlichen Limit ergibt

sich auch unsere heutige Handlungsweise mehr oder weniger zwangsläufig.

Der Nationalrat präsentiert uns diese 1,3-Milliarden-Lösung, die praktisch einen Gegenvorschlag zur Initiative darstellt und die den Initianten auch in dem Punkt entgegenkommt, um den es Ihnen vor allem gegangen ist, nämlich vom Bund mehr Geld für die Krankenkassen erhältlich zu machen. Der Nationalrat hat nun 1,3 Milliarden beschlossen statt den 1,12 Milliarden, die in unserem Beschluss enthalten waren. Er ist gewillt, den Krankenkassen mehr finanzielle Mittel zuzuhalten, als wir hier im Rate konzidierten.

Nun ist zu sagen, dass einerseits das Begehren der Krankenkassen sehr verständlich ist. Sie werden aufgrund der seinerzeitigen Sparmassnahmen in finanzieller Beziehung in einer Weise kurz gehalten, die nicht gerecht ist und die im weiteren auch den gewaltig gestiegenen Verpflichtungen und Aufgaben dieser Kassen in keiner Weise Rechnung trägt.

Auf der anderen Seite entspricht die einfache Formel, nun den Krankenkassen einfach mehr Geld zu geben, nicht der Aufgabe, die dem Parlament gestellt war. Diese einfache Formel löst die Probleme nicht.

Um die wichtigsten Probleme zu erwähnen: Das Problem der Prämienbelastung weitester Kreise unseres Volkes und insbesondere der Familien wird nicht gelöst, und schon gar nicht gelöst wird die Frage, die uns alle bedrückt, nämlich die Frage der gewaltigen Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Eine Kostenexplosion, die ich schon lange darauf zurückführe, dass sämtliche Leistungserbringer auf diesem Gebiete im Grunde gar nicht am Sparen interessiert sind, sondern an der Hebung ihrer Umsätze und der daraus resultierenden Verdienste. Ich sage alle Leistungserbringer; Sie kennen sie, ich brauche sie nicht aufzuzählen.

Unsere Ständeratskommission wollte in dieser Hinsicht etwas tun; sie wollte mehr tun. Sie hat eine grosse Arbeit geleistet unter dem Präsidium und unter massgeblicher Vordenkerarbeit – wenn ich es so bezeichnen darf – unseres Präsidenten, des Kollegen Huber. Ich bin versucht zu sagen, dass hernach die Nationalratskommission dieser grossen Arbeit unserer Kommission und unseres Rates nicht gewachsen war.

Es ist dann ein Gegenvorschlag zustande gekommen, der nicht mehr in der differenzierten Weise, wie das der Ständerat getan hat, die Solidaritätsverstärkung zugunsten der Frauen und der Betagten beinhaltet, diesen Leistungsausgleich zwischen den Generationen und den Geschlechtern, der in einer Revision unseres Krankenkassenwesens endlich einmal Platz greifen müsste. Ich denke dabei besonders an die Betagten. Die Ueberalterung unserer Bevölkerung und die grossen Gesundheitslasten in den älteren Jahrgängen sind zum grossen Teil an den Schwierigkeiten schuld, die uns auf diesem Gebiet beschäftigen.

Nun soll also mehr Geld gesprochen werden: 1,3 Milliarden, 300 Millionen Franken mehr, als die Kassen jetzt vom Bund erhalten. Ich möchte sagen: Das ist ein Erfolg der Kassen. Das haben sie mit ihrer Initiative erreicht. Das ist ein Erfolg, mit dem sie sich auch ihren Mitgliedern gegenüber ausweisen können. Es ist daher ein Appell an die Krankenkassen im Hinblick auf einen allfälligen Rückzug ihrer Initiative am Platze. Wenn eine Organisation so leistungsfähig ist, dass sie in der Lage ist, mit ihrem administrativen Apparat rund 400 000 Unterschriften zu sammeln, wenn eine Organisation weit mehr als die Hälfte des Schweizervolkes umfasst, so ist sie nicht einfach nur mehr Interessenvertretung wie irgendein Verband, sondern dann erhält sie den Charakter einer Institution mit aller Verantwortung dem Gemeinwesen gegenüber, welche eben eine Institution auszeichnet.

Ich hoffe, dass diese Verantwortung den weiteren Gang der Dinge bestimmen wird. Ich hoffe, dass man die Expertenkommission Schoch einerseits in Ruhe und ohne das Getümmel eines Abstimmungskampfes, andererseits aber doch mit der gebotenen Eile arbeiten lässt, um schliesslich nicht nur die Krankenkassen in berechtigter Art und Weise vermehrt zu finanzieren, sondern um auch die tatsächlichen Probleme dieses Sozialversicherungszweiges anzugehen und zu lösen.

In diesem Sinne stimme ich dem vom Nationalrat vorgeschlagenen Beschluss zu.

Ich möchte noch etwas sagen zu Artikel 38bis Absatz 2: «Die Beiträge gemäss Absatz 1 werden bis zu einer jährlichen Höchstgrenze von 1,3 Milliarden Franken erhöht.» Diese Formulierung könnte zu Missverständnissen Anlass geben. Es könnte herausgelesen werden, dass da vielleicht auch weniger als 1,3 Milliarden Franken gegeben werden sollen. Es geht mir nicht mehr darum, *in extremis* noch eine Differenz zum Nationalrat zu schaffen, aber es geht mir sehr darum, dass der zuständige Departementsvorsteher, Bundesrat Cotti, verdeutlicht, dass hier der Begriff «bis zu einer jährlichen Höchstgrenze von 1,3 Milliarden Franken» zu verstehen ist als 1,3 Milliarden Franken, nicht mehr und nicht weniger.

In diesem Sinne stimme ich für Eintreten und für Zustimmung zum Nationalratsbeschluss.

**Frau Meier Josi:** Nur folgendes: Dieser Gegenvorschlag liefert einmal mehr den Beweis dafür, dass wir wichtige Fragen ungelöst vor uns herschieben. Er ist materiell ein blosses Feigenblatt in Sachen Solidarität. Im Hinblick auf die finanziellen Schwierigkeiten der Krankenkassen bringt er nichts anderes als eine Nachlassstundung.

Es geht den Krankenkassen schlecht. Seit 1964 versuchen wir, Remedur zu schaffen; unsere grosse Anstrengung vom vergangenen Jahr, mindestens für die Gegenwart einige wichtige Probleme provisorisch zu lösen, ist ebenfalls gescheitert, da einmal mehr das Bessere der Feind des Guten war. Ich halte diese Politik für sehr unbefriedigend. Es wurde gesagt, die Krankenkassen müssten ihre Verantwortung wahrnehmen und sich überlegen, ob sie nun die Initiative zurückziehen könnten. Dazu stelle ich fest, dass sie das selbstverständlich erst entscheiden werden, wenn eine allfällige Referendumsfrist abgelaufen ist. Allerdings muss sich auch noch die zweite Gruppe von Initianten überlegen, ob das bisherige Trauerspiel weitergeführt werden soll. Ich meine, auch die zweite Initiative müsste zurückgezogen werden, bevor wir versuchen können, völlig neu zu beginnen – was vermutlich das einzige ist, was einen Erfolg verspricht.

Wenn ich nicht gegen die heutige Vorlage stimme, so einzig deswegen, weil darin doch ein erster minimaler Ansatz, sozusagen ein Kerzlein in der Dunkelheit, zu finden ist. Wir gehen einen kleinen Schritt in die richtige Richtung. Was herauschaut, ist viel zu wenig, um mich nicht sehr traurig werden zu lassen über das Spiel, das mit der Vorlage im Nationalrat gespielt wurde.

**M. Cotti, conseiller fédéral:** Je résumerai en quelques mots les procédures en cours dans le domaine de l'assurance-maladie. Elles deviennent complexes et presque difficiles à examiner dans leur ensemble. Ensuite, je tenterai de répondre aux questions matérielles qui ont été posées.

L'état des procédures est en ce moment absolument conforme au message du Conseil fédéral concernant l'initiative populaire appelée initiative des caisses-maladie.

En effet, conformément au message, après la *tabula rasa* de la votation populaire de 1987, le Conseil fédéral a repris l'ensemble du problème, et après vingt années de défaite et de faillite, le gouvernement a tenté d'établir, sur de nouvelles bases, les voies d'une révision en profondeur de la législation en matière d'assurance-maladie. Le Conseil fédéral avait ensuite annoncé qu'il donnerait mandat à quelques experts, dans le cadre d'un concours d'idées, d'établir des scénarios alternatifs dans ce secteur. C'est ce qu'il a fait. Puis, il avait aussi déclaré qu'il établirait rapidement ses lignes directrices en vue de cette révision en profondeur. C'est ainsi que, dans la ligne de ces décisions, il a donné à la commission Schoch un mandat très précis contenant ses prises de position quant au fond. Le Conseil fédéral, toujours selon son message, devait constituer une commission ayant la lourde tâche de procéder à l'établissement d'un projet de révision en profondeur. C'est ce qu'il a fait en instituant la commission présidée par M. Schoch. Par conséquent, il a réalisé exactement ce qu'il avait précisé dans son message, bien qu'il souscrive aujourd'hui encore aux propositions suivantes, que M. Rychen a tenues au Conseil national: «Die eigentliche Nagelprobe steht noch bevor». Cela est juste et nous en discuterons dans un instant. J'affirme également que

le programme établi par le Conseil fédéral a été jusqu'à maintenant réalisé, dans le respect des étapes et des délais prévus. Quant au Parlement, il a accompli la tâche louable tendant à construire quelque chose de valable face à la *tabula rasa* qui a suivi la votation populaire de 1987. Je précise à l'intention de M. Huber, président de la commission du Conseil des Etats, que je rejoins M. Miville, en ce sens que le travail effectué par la commission du Conseil des Etats est excellent. Il n'est pas exact, Monsieur Huber, que le Conseil fédéral ne lui a pas donné son adhésion. Il a simplement souligné que le fait de présenter un projet, quelques mois seulement après la votation populaire, était discutable du point de vue démocratique, mais il a laissé le Parlement décider en la matière. Il avait également relevé que le projet du Conseil des Etats n'était pas le projet en profondeur que le gouvernement voulait réaliser, mais qu'il s'agissait plutôt d'une mesure transitoire. C'était ce que l'on pouvait appeler un «Sofortprogramm» ou programme d'urgence qui, en réalité, avait repris en grande partie le «Sofortprogramm» que le peuple avait refusé.

La commission du Conseil national s'est attelée à la tâche difficile, voire impossible, d'aller au-delà du «Sofortprogramm» et de tenter, en quelques séances, d'arriver à cette solution en profondeur pour laquelle la «Nagelprobe» ou épreuve de force est encore à venir. Et la tâche s'est révélée impossible. Des représentants de la commission voulaient aller de l'avant et résoudre toute une série de problèmes. Certains acceptaient les solutions du Conseil des Etats et d'autres proposaient une solution financière de nature transitoire, sans tenir compte des quelques aspects que ce conseil avait pris en considération. Le résultat final est le projet que le Conseil national vous présente, projet qui ne représente qu'une contribution financière aux dépenses des caisses-maladie. Or, vous avez raison, là n'est pas la solution vraie et finale du problème. Il serait trop facile de résoudre les problèmes des caisses-maladie en leur allouant simplement des subventions. Néanmoins, le projet est intéressant en ce sens qu'il prévoit d'allouer les subventions aux caisses-maladie, non pas sur la base du principe de l'arrosoir, mais en les répartissant notamment en fonction de l'âge et du sexe des assurés.

Je vous ai décrit la situation et les procédures. Quelles sont les perspectives? Je vais vous exposer la position du Conseil fédéral qui est sans doute celle de M. Schoch et de la commission. Il n'y a guère de domaine en Suisse où les intérêts sont pareillement opposés au point d'être difficilement conciliables tel que celui de l'assurance-maladie. Si au sein de la commission (que l'on a voulue représentative des milieux intéressés: caisses-maladie, assurances privées, médecins, pharmaciens, secteur hospitalier, cantons; et non composée seulement d'experts), si au Parlement, on n'arrive pas à trouver une voie médiane impliquant des sacrifices - j'insiste sur ce dernier mot - et qui soit acceptée par les parties en présence, il n'y aura pas de solution aux problèmes de l'assurance-maladie. Si, au contraire, on accepte de part et d'autre des sacrifices modestes et supportables, parce que personne ne tient à détruire un système qui fonctionne bien et qui supporte largement la comparaison internationale, nous atteindrons le but. Mais si personne ne fait un pas, il n'y aura pas de solution.

En ce qui me concerne, j'ai décidé récemment de tenir aux intéressés un langage clair. J'ai eu les représentants des caisses-maladie en face de moi. Je leur ai dit qu'ils devaient solidariser davantage le système. J'ai conscience que c'est difficile. J'ai convoqué les représentants du secteur médical et je leur ai demandé quel sacrifice ils étaient prêts à faire. De plus, il faudra se pencher sans tarder sur le problème brûlant du prix des produits pharmaceutiques. Ou bien on en arrive à la solution esquissée, M. Schoch y est favorable, ou bien il n'y aura pas de solution en profondeur et par conséquent il sera loisible au Parlement de se pencher sur ce que le Conseil des Etats aura décidé; le Conseil national n'a d'ailleurs que suspendu l'examen du projet. Si, sur la base du travail de la commission Schoch, on ne parvient pas à se mettre d'accord sur un projet qui ait de réelles chances de succès, nous ne présenterons pas d'autre projet et nous laisserons agir le Parlement.

Ai-je été assez clair? Il est temps de prendre les choses au sérieux. Si l'on veut éviter les grandes aventures, comme l'ini-

tiative des caisses-maladie qui entraînera une dépense supplémentaire d'un milliard et demi de francs pour l'Etat, comme celle du Parti socialiste et des syndicats avec, le cas échéant, de nouveaux prélèvements sur les salaires, si le système veut se défendre, je ne vois que la solution de la commission. Je suis réaliste: «die eigentliche Nagelprobe steht noch bevor», mais l'on peut dire que l'effort du Conseil fédéral pour maîtriser le problème ne prendra fin qu'avec l'évidente démonstration de l'impossibilité d'arriver à une solution.

Entre-temps, le projet du Conseil national subsiste. Il attribue 300 millions de francs supplémentaires aux caisses-maladie. Monsieur Miville, vous avez demandé comment interpréter la formule «sera relevé jusqu'à concurrence de 1,3 milliard de francs». Je vous réponds que le Conseil fédéral est d'accord d'utiliser au maximum sa marge de manœuvre. Je vous rappelle que le Parlement a la haute main sur les finances, il tranchera donc lors du débat sur le budget. Mais, de toute manière, le Conseil fédéral a la ferme volonté d'accorder cette augmentation de 300 millions de francs. Je tenais à rassurer M. Miville sur ce point. Ce montant sera distribué sur la base d'une différenciation entre «situations à risque», mais le problème social n'est pas résolu pour autant, je donne raison à M. Gautier. C'est un des aspects où le Conseil fédéral a tranché, c'est là une des directives que nous avons données à la Commission Schoch. Nous attribuerons enfin ces 300 millions de francs aux caisses-maladie, même si le Conseil fédéral a plaidé auparavant pour un montant inférieur.

Je rappelle tout de même qu'il s'agit là d'un plafonnement pour cinq ans. S'il est vrai que la solution du Conseil des Etats partait d'un chiffre inférieur - 1,12 milliard pour 1990 - il est vrai aussi qu'en 1993 la somme de 1,3 milliard aurait été dépassée. Par conséquent, la solution du Conseil des Etats aurait été plus onéreuse, d'année en année.

C'est ainsi que nous avons donné notre accord au projet du Conseil national, qui prévoit une contribution logique aux dépenses des caisses qui ont d'ailleurs consenti d'énormes sacrifices dans le cadre des mesures d'épargne de la Confédération, instaurées en 1977. Aucun autre secteur n'a été autant pénalisé par ces mesures. Il est donc juste d'accorder cette augmentation aux caisses, maintenant.

Néanmoins, la «vraie» solution est encore à trouver. Je présente donc à M. Schoch les vœux du gouvernement afin que nos désirs à tous soient réalisés par sa commission jusqu'en septembre, éventuellement quelques mois plus tard, si cela est nécessaire pour l'achèvement d'un travail mettant fin à l'épopée de l'assurance.

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

### *Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

### *Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

### *Angenommen - Adopté*

## **C. Bundesbeschluss zur befristeten Anhebung der Subventionen an die Krankenkassen**

## **C. Arrêté fédéral relatif à l'augmentation temporaire des subventions aux caisses-maladie**

**Huber, Berichterstatter:** Ich muss Ihnen noch kurz die Erklärung abgeben, die in der Kommission für das Plenum beschlossen wurde und die sich im wesentlichen mit der Neuformulierung von Artikel 38bis und der Problematik im Zusammenhang mit Ziffer II befasst.

Bevor ich aber im Sinne einer Detailberatung eine Strukturierung des Feigenblattes vornehme, um ein Wort von Frau Meier zu wiederholen, erlaube ich mir zwei politische Bemerkungen, die aus dieser Diskussion resultieren. Ich bin mit Herrn Bundesrat Cotti durchaus einig: Die Szene in der Krankenkassenwelt und im Gesundheitswesen ist zutreffend beschrieben worden. Aber begehen wir doch einen gedanklichen Fehler nicht, meine Damen und Herren: Wenn hier von den Kassen

die Rede ist, dann sind damit die Versicherten gemeint. Und die Situation ist nicht die, dass die Kassen krank sind, sondern dass die Versicherten zunehmend Mühe haben, die Rechnungen der Kassen zu bezahlen. Wir diskutieren um Probleme nicht von Institutionen, sondern von Menschen. Herr Gautier hat heute vormittag alte Argumente in liebenswürdiger Form neu vorgetragen. Darauf möchte ich erwidern: Das Argument, dass der Millionär die Krankenkassen nicht braucht und dass daher andere Lösungen jenseits von Solidaritäten gefunden werden müssen, hat ja zum berühmten Wort geführt, dass der Millionär die AHV nicht braucht, aber die AHV den Millionär. In dieser Trivialität ist letztlich die Antwort auf die Negierung des Solidaritätsprinzips auch in der sozialen Krankenversicherung gegeben.

Die zweite Bemerkung gestatte ich mir, bei allem Respekt, an die Adresse des Bundesrates: Der Altmeister der Staatsrechtslehre – die anwesenden Herren der Zunft mögen sich nicht betroffen fühlen –, Kurt Eichenberger, hat vor langer Zeit darauf hingewiesen, dass die Führung im Gesetzgebungsprozess auch in die Hand des Bundesrates übergegangen ist, obwohl das ursprünglich Domäne des Parlaments war. Wir haben heute in den Ausführungen von Herrn Bundesrat Cotti ein hervorragendes Beispiel gehört, das diese staatsrechtliche Entwicklung klar dokumentiert.

Nun zur Krankenversicherung im eigentlichen Sinn und zur Filigranarbeit, wie sie hier vorgenommen wird: Ich mache eine Bemerkung zu Artikel 38bis, Absatz 1 Buchstabe c. Dieser Abschnitt ist neu. Mit dem Hinweis auf Artikel 35 Absatz 1 und die dort erwähnten Subventionssätze von 10 Prozent für Männer und 35 Prozent für Frauen soll ausgedrückt werden, dass die heute für die Kopfbeiträge aufgewendeten Gesamtsummen im Jahre 1987 für Männer 114 Millionen Franken, für Frauen 646 Millionen Franken – so teuer und lieb sind sie uns – weiterhin zur Verfügung stehen. Neu sollen nun aber diese Beiträge nach Alter abgestuft werden. Jüngeren Versicherten soll ein niedrigerer, älteren Versicherten ein höherer Kopfbeitrag ausgerichtet werden. Heute sind diese Beiträge der Subventionierung einheitlich: für Männer bei 43.40 Franken und bei 232.30 Franken für Frauen. Diese Regelung bedeutet eine notwendige und sachlich richtige Solidarisierung im Sinne des Generationenvertrages. Ich kann mir vorstellen, dass diese Vorschrift – ich wäre froh, wenn es so wäre – zu einer Aenderung der Prämiengestaltung der Krankenkassen führen wird. Erst dann nämlich – nicht mit der Subventionierung der Kassen, sondern mit dem Ankommen der Beiträge bei den Versicherten – hätte diese kleinste aller Revisionen ihr Ziel wirklich erreicht.

Zu Absatz 2: Der neue Absatz 2 statuiert vorweg, dass für den jährlich an die Krankenkassen auszurichtenden Bundesbeitrag eine Höchstgrenze von 1,3 Milliarden Franken gilt. Dazu sind zwei Bemerkungen zu machen. Eine hat Kollege Miville vorweggenommen. Ich wiederhole sie hier und bin sehr dankbar, wenn der Bundesrat entweder stillschweigend oder ausdrücklich die Erklärung gelten lässt. Die Kommission hat ja diesbezüglich Sorgen gehabt und hat gewünscht, dass auch im Kommissionsreferat die Feststellung noch einmal gemacht wird: Es könnte aufgrund des deutschen Textes der Eindruck entstehen, dass es in der Kompetenz von Bundesrat und Parlament liegt, unter die Höchstgrenze zu gehen. In der Kommission wurde darauf aufmerksam gemacht, dass der eindeutige Wille des Nationalrates, nämlich die Jahressubvention auf 1,3 Milliarden zu erhöhen, aus dem französischen Text hervorgeht, der lautet: « .... relevé jusqu'à concurrence de 1,3 milliard par an. »

Ihre Kommission legt Wert auf die Feststellung – und sie hat mich beauftragt darauf hinzuweisen –, dass sie sich einhellig für die Erhöhung auf 1,3 Milliarden Franken ausspricht, ausgenommen die Stimme, die sich enthalten hat. Wenn Sie dem Beschluss des Nationalrates zustimmen, sollte auch in diesem Punkt keine materielle Differenz entstehen, wohl aber vielleicht eine Aufgabe für die Redaktionskommission.

Die zweite Bemerkung steht mit der Ziffer II Absatz 2 des Bundesbeschlusses in Zusammenhang. Das Inkrafttreten ist auf den 1. Januar 1990, also rückwirkend, statuiert. Nichts wirkt auf den Juristen so faszinierend wie ein rückwirkender Be-

schluss. Da die Auszahlung heute fast vollständig nachschüssig erfolgt – 1990 werden die Beiträge für 1989 ausbezahlt –, bedeutet das vorgeschlagene Inkrafttreten des Beschlusses, dass die Beiträge nach neuem Recht erstmals 1991 und zwar für das Jahr 1990 ausbezahlt werden.

Artikel 38bis Absatz 2 nimmt auf die Beiträge gemäss Absatz 1 mit den Buchstaben a, b und c Bezug. Dass heisst, dass die heutigen Beiträge für Kinder, Mutterschaft, Tuberkulose, an die Pflege Invalider, für Versicherte im Berggebiet und die einzelnen von uns so lieben Wartgelder für Aerzte im Berggebiet nach bisherigem Recht und Rezept ausgerichtet werden. Wie erwähnt, ist für die Männer- und Frauenbeiträge im Rahmen der geltenden Gesamtbeiträge eine Altersabstufung einzuführen; ich habe darauf hingewiesen. Die Differenz zwischen den Beiträgen nach heutigem Recht und den neuen Subventionen im Betrage von 1,3 Milliarden Franken ist für die Solidarität zugunsten der Betagten und zugunsten der Frauen zu verwenden. Faktisch bedeutet das, dass die Staffelung nach Alter, die in Absatz 1 Litera c als blosse Kann-Norm eingeführt wird, in Absatz 2 als Verpflichtung für den Bundesrat erscheint. Die Meinung ist, dass die zusätzlichen Mittel als Verstärkung der Altersstaffelung verwendet werden müssen. Diese Verstärkung der Altersstaffelung erfolgt also auf einer freiwilligen und andererseits auf einer verpflichtenden Basis. Dazu kommt, dass die zusätzlichen Mittel auch für einen stärkeren Ausgleich der höheren Frauenkosten zu verwenden sind, als dies heute der Fall ist. 300 Millionen sollen also für eine gezielte Solidaritätsverstärkung eingesetzt werden. Der letzte Satz von Absatz 2 überbindet dem Bundesrat den Erlass von Ausführungsvorschriften im Namen dieser vom Parlament vorgegebenen Leitplanken. Das festzuhalten scheint mir im Gesamtkontext dieser Vorlage wesentlich zu sein.

**M. Gautier:** Je n'avais pas du tout l'intention d'intervenir à nouveau, mais certains propos du président de la commission m'obligent à le faire.

Je ne peux pas croire que M. Huber m'ait mal compris; il est beaucoup trop intelligent et compétent en la matière. Sans doute n'a-t-il pas voulu comprendre ce que je disais.

En effet, M. Huber nous dit: «vous avez fait une savante comparaison entre les millionnaires et l'assurance-maladie, d'une part, entre les millionnaires et l'assurance-vieillesse et survivants, de l'autre». Or, je désire remettre les choses au point. Même un millionnaire peut avoir besoin de l'assurance-maladie. Certains traitements, actuellement, peuvent coûter des centaines de milliers de francs, si ce ne sont des millions, et même un millionnaire peut être appelé à faire appel à sa caisse-maladie pour couvrir une partie des frais. Ce que j'ai dit, c'est que, proportionnellement, un millionnaire devrait payer davantage de cotisations que celui qui ne l'est pas. M. Cotti, conseiller fédéral, a d'ailleurs relevé en son temps que notre système d'assurance-maladie était un des moins sociaux qui puissent exister; il manque totalement de sens de la solidarité. J'étais donc d'avis d'introduire une solidarité complémentaire entre riches et moins riches dans le système de l'assurance-maladie, car cela n'existe pas encore.

Quant à l'AVS, le millionnaire n'en a peut-être pas besoin, mais – et là je suis d'accord avec M. Huber – l'AVS a besoin du millionnaire. Notre système est sauf erreur unique en Europe, selon lequel les cotisations ne sont pas plafonnées, alors que les rentes le sont. Un facteur considérable de solidarité est pris en compte dans l'AVS, et c'est ce facteur que je regrette de voir absent de l'assurance-maladie.

Là sont tous mes propos et j'espère que M. Huber aura mieux compris ma deuxième intervention.

*Detaillberatung – Discussion par articles*

**Titel und Ingress, Ziff. I Art. 38bis**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Titre et préambule, ch. I art. 38bis**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Angenommen – Adopté*

**Ziffer II***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Ch. II***Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Angenommen – Adopté**Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble*

Für Annahme des Beschlussentwurfes	31 Stimmen
	(Einstimmigkeit)

23. März 1990 S

275

Schlussabstimmungen

88.014

**Krankenkassen-Initiative****Initiative des caisses-maladie**

Siehe Seite 172 hiervoor – Voir page 172 ci-devant

Beschluss des Nationalrates vom 13. Dezember 1989

Décision du Conseil national du 13 décembre 1989

**A. Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für eine finanziell tragbare Krankenversicherung (Krankenkassen-Initiative)»****Arrêté fédéral sur l'initiative populaire «pour une assurance-maladie financièrement supportable (initiative des caisses-maladie)»***Schlussabstimmung – Vote final*

Für Annahme des Beschlussentwurfes	37 Stimmen
Dagegen	3 Stimmen

**C. Bundesbeschluss zur befristeten Anhebung der Subventionen an die Krankenkassen (Entwurf der Kommission des Nationalrates vom 7. September 1989)****Arrêté fédéral relatif à l'augmentation temporaire des subventions aux caisses-maladie (projet de la commission du Conseil national du 7 septembre 1989)***Schlussabstimmung – Vote final*

Für Annahme des Beschlussentwurfes	36 Stimmen
Dagegen	1 Stimme

*An den Nationalrat – Au Conseil national*

# **Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für eine finanziell tragbare Krankenversicherung (Krankenkasseninitiative)»**

vom 23. März 1990

---

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,*

nach Prüfung der am 30. April 1985 eingereichten «Volksinitiative für eine finanziell tragbare Krankenversicherung (Krankenkasseninitiative)»<sup>1)</sup>, nach Einsicht in eine Botschaft des Bundesrates vom 24. Februar 1988<sup>2)</sup>,

*beschliesst:*

## **Art. 1**

<sup>1</sup> Die Volksinitiative vom 30. April 1985 «für eine finanziell tragbare Krankenversicherung (Krankenkasseninitiative)» wird Volk und Ständen zur Abstimmung unterbreitet.

<sup>2</sup> Die Volksinitiative lautet:

Die Bundesverfassung wird wie folgt ergänzt:

*Art. 34<sup>bis</sup> Abs. 3–7 (neu)*

<sup>3</sup> Bund und Kantone gewährleisten eine bedürfnisgerechte Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Dienstleistungen im Rahmen der Kranken- und Unfallversicherung sowie deren wirtschaftliche Durchführung. Zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit erlassen sie insbesondere Tarif- und Abrechnungsnormen.

<sup>4</sup> Die Krankenversicherung ist durch die vom Bund anerkannten Krankenkassen durchzuführen. Sie umfasst insbesondere Behandlungskosten und Geldleistungen bei Krankheit, Mutterschaft und, sofern hierfür anderweitig keine Versicherung besteht, bei Unfall und Geburtsgebrechen. Den Krankenkassen steht es frei, auf die Kranken- und Unfallversicherung bezogene Zusatzversicherungen zu betreiben.

<sup>5</sup> Der Bund richtet den Krankenkassen Beiträge aus zur Abgeltung der ihnen durch Verfassung und Gesetz auferlegten sozial- und gesellschaftspolitischen Verpflichtungen, wie namentlich zur Sicherung der Solidarität zwischen den Geschlechtern und zwischen den Generationen.

<sup>6</sup> Die Kantone ermässigen in der Krankenversicherung durch angemessene Beiträge die Prämien und Kostenbeteiligungen für wirtschaftlich schwächere Versicherte. Der Bund erlässt hierfür Rahmenbestimmungen. Auferlegen die Kantone den Krankenkassen weitergehende Verpflichtungen als das Bundesrecht, so haben sie diesen die daraus erwachsenden Mehrkosten zu vergüten.

<sup>1)</sup> BBl 1985 II 519

<sup>2)</sup> BBl 1988 II 247

<sup>7</sup> Der Bund regelt das Verhältnis zu den übrigen Zweigen der Sozialversicherung sowie anderen Leistungspflichtigen.

*Übergangsbestimmungen Art. 20 (neu)<sup>1)</sup>*

Von dem der Annahme der Verfassungsbestimmungen von Artikel 34<sup>bis</sup> Absätze 3–7 folgenden Kalenderjahr an bis zum Inkrafttreten der auf sie gestützten Gesetzgebung richten sich die Bundesbeiträge an die Krankenkassen nach den Bestimmungen, die für 1974 Geltung hatten.

**Art. 2**

Die Bundesversammlung empfiehlt Volk und Ständen, die Volksinitiative zu verwerfen.

Ständerat, 23. März 1990

Der Präsident: Caveltz  
Die Sekretärin: Huber

Nationalrat, 23. März 1990

Der Präsident: Ruffly  
Der Protokollführer: Koehler

2464

<sup>1)</sup> Die Volksinitiative verlangte die Einführung der Bestimmung als Artikel 19 der Übergangsbestimmungen der Bundesverfassung. Da die Bundesversammlung am 23. März 1990 auch den Bundesbeschluss über die Volksinitiative «Stopp dem Atomkraftwerkbau (Moratorium)» verabschiedet hat, die ebenfalls die Ergänzung der Übergangsbestimmungen der Bundesverfassung durch einen Artikel 19 vorsieht, wird der in der hier wiedergegebenen Volksinitiative vorgeschlagenen Bestimmung die Artikelnummer 20 der Übergangsbestimmungen der Bundesverfassung gegeben, da die Bestimmungen der beiden Volksinitiativen einander nicht ausschliessen.

**Arrêté fédéral  
sur l'initiative populaire  
«pour une assurance-maladie financièrement supportable  
(initiative des caisses-maladie)»**

du 23 mars 1990

---

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,*

vu l'initiative populaire «pour une assurance-maladie financièrement supportable (initiative des caisses-maladie)», déposée le 30 avril 1985<sup>1)</sup>;  
vu le message du Conseil fédéral du 24 février 1988<sup>2)</sup>,

*arrête:*

**Article premier**

<sup>1</sup> L'initiative populaire du 30 avril 1985 «pour une assurance-maladie financièrement supportable (initiative des caisses-maladie)» est soumise au vote du peuple et des cantons.

<sup>2</sup> Elle a la teneur suivante:

La constitution fédérale est complétée comme il suit:

*Art. 34<sup>bis</sup>, 3<sup>e</sup> à 7<sup>e</sup> al. (nouveaux)*

<sup>3</sup> La Confédération et les cantons garantissent à la population, dans le cadre de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents, la fourniture des soins médicaux dont elle a besoin tout en veillant à ce que ces assurances soient pratiquées de manière économique. Pour garantir ce caractère économique, ils édictent en particulier des normes concernant les tarifs et les comptes.

<sup>4</sup> L'assurance-maladie est pratiquée par les caisses reconnues par la Confédération. Elle comprend en particulier les prestations pour soins et les prestations en espèces en cas de maladie et de maternité ainsi que, lorsqu'il n'existe pas d'autre assurance, en cas d'accident et d'infirmité congénitale. Les caisses ont le droit de pratiquer des assurances complémentaires en rapport avec l'assurance-maladie et avec l'assurance-accidents.

<sup>5</sup> La Confédération verse aux caisses des subsides destinés à compenser les charges résultant des obligations sociales et politico-sociales qu'elle leur impose par voie constitutionnelle ou législative, notamment dans le but de sauvegarder la solidarité entre les sexes et entre les générations.

<sup>6</sup> Les cantons allègent, par des subsides appropriés, les cotisations à l'assurance-maladie et la participation aux frais des assurés à ressources modestes. La Confédération édicte à cet effet des dispositions générales. Lorsque les cantons imposent aux caisses des obligations allant au-delà de celles prévues par la législation fédérale, ils doivent bonifier aux caisses les frais supplémentaires qui en résultent.

<sup>7</sup> La Confédération règle les rapports avec les autres branches des assurances sociales ainsi qu'avec les autres tiers tenus à prestations.

<sup>1)</sup> FF 1985 II 515

<sup>2)</sup> FF 1988 II 256

*Dispositions transitoires art. 20 (nouveau)*<sup>1)</sup>

Dès l'année civile qui suit l'acceptation de l'article 34<sup>bis</sup>, 3<sup>e</sup> à 7<sup>e</sup> alinéas, de la constitution, et jusqu'à l'entrée en vigueur de la législation d'exécution, les subsides fédéraux aux caisses sont déterminés d'après les dispositions qui étaient valables en 1974.

**Art. 2**

L'Assemblée fédérale recommande au peuple et aux cantons de rejeter l'initiative.

Conseil des Etats, 23 mars 1990

Le président: Cavetty

La secrétaire: Huber

Conseil national, 23 mars 1990

Le président: Ruffy

Le secrétaire: Koehler

32067

<sup>1)</sup> La présente initiative populaire prévoit l'introduction dans la constitution d'un article 19 des dispositions transitoires. Or l'Assemblée fédérale a adopté le 23 mars 1990 l'arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire fédérale «Halte à la construction de centrales nucléaires (moratoire)», qui prévoit à son tour l'introduction d'un nouvel article 19 dans les dispositions transitoires. C'est pourquoi la disposition constitutionnelle instituée par la présente initiative portera le numéro 20 des dispositions transitoires, cette dernière et l'article 19 des dispositions transitoires proposé par l'initiative populaire fédérale «Halte à la construction de centrales nucléaires (moratoire)» ne s'excluent pas.

**Decreto federale  
sull'iniziativa popolare «per un'assicurazione malattie  
finanziariamente sopportabile  
(Iniziativa delle casse malati)»**

del 23 marzo 1990

---

*L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,*

esaminata l'«iniziativa popolare per un'assicurazione malattie finanziariamente sopportabile (Iniziativa delle casse malati)», depositata il 30 aprile 1985<sup>1)</sup>; visto il messaggio del Consiglio federale del 24 febbraio 1988<sup>2)</sup>,

*decreta:*

**Art. 1**

<sup>1</sup> L'iniziativa popolare «per un'assicurazione malattie finanziariamente sopportabile (Iniziativa delle casse malati)» del 30 aprile 1985 è sottoposta al voto del popolo e dei Cantoni.

<sup>2</sup> L'iniziativa ha il tenore seguente:

La Costituzione federale è completata come segue:

*Art. 34<sup>bis</sup> cpv. 3-7 (nuovi)*

<sup>3</sup> Confederazione e Cantoni garantiscono alla popolazione un'assistenza che corrisponda alle necessità, con prestazioni di servizio medico nell'ambito dell'assicurazione contro le malattie e gli infortuni, nonché il suo economico esercizio. Per assicurarne l'economicità, Confederazione e Cantoni emanano in particolare norme tariffarie e contabili.

<sup>4</sup> L'assicurazione contro le malattie va esercitata dalle casse malati riconosciute dalla Confederazione. Essa comprende in particolare i costi di trattamento e le prestazioni in contanti per le malattie, la maternità, nonché, se non assicurati altrimenti, per gli infortuni e le infermità congenite. Le casse malati hanno facoltà di esercitare assicurazioni complementari concernenti l'assicurazione contro le malattie e gli infortuni.

<sup>5</sup> La Confederazione versa sussidi alle casse malati per compensare gli impegni sociali e politico-sociali loro imposti per Costituzione e per legge, in particolare per l'impegno di assicurare la solidarietà fra i sessi e le generazioni.

<sup>6</sup> I Cantoni, per mezzo di adeguati sussidi, ribassano i premi e le partecipazioni alle spese dell'assicurazione contro le malattie per gli assicurati in condizioni economiche disagiate. All'uopo la Confederazione emana disposizioni quadro. Se impongono alle casse malati obblighi che vadano oltre il diritto federale, i Cantoni devono anche bonificare alle casse i maggiori costi ad esse derivanti.

<sup>7</sup> La Confederazione regola il rapporto con gli altri rami dell'assicurazione sociale e con gli altri enti tenuti a fornire prestazioni.

<sup>1)</sup> FF 1985 II 485

<sup>2)</sup> FF 1988 II 206

*Disposizioni transitorie, art. 20 (nuovo)<sup>1)</sup>*

A partire dall'anno civile susseguente all'accettazione dell'articolo 34<sup>bis</sup> capoversi 3 a 7 e fino all'entrata in vigore della legislazione d'esecuzione, i sussidi federali alle casse malati saranno regolati secondo le disposizioni che vigevano per il 1974.

**Art. 2**

L'Assemblea federale raccomanda al popolo e ai Cantoni di respingere l'iniziativa.

Consiglio degli Stati, 23 marzo 1990

Il presidente: Caveltz

Il segretario: Huber

Consiglio nazionale, 23 marzo 1990

Il presidente: Ruffy

Il segretario: Koehler

<sup>1)</sup> Il testo originale dell'iniziativa parla invero di un nuovo art. 19. La nuova numerazione (art. 20) è stata decisa per evitare confusioni con l'art. 19 dell'iniziativa «Alt alla costruzione di centrali nucleari (moratoria)» (cfr. FF 1990 I 1202).