

Schweizerisches Aktionskomitee
«Ja zur schrittweisen Modernisierung der Krankenversicherung»

Kurzargumentarium

zur
Eidgenössischen Volksabstimmung
vom 26. September 1993
betreffend das
PdA-Referendum gegen den Dringlichen Bundesbeschluss
über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung
in der Krankenversicherung



SCHWEIZERISCHES AKTIONSKOMITEE
"JA ZUR SCHRITTWEISEN MODERNISIERUNG DER
KRANKENVERSICHERUNG"

Geschäftsstelle Zürich, Postfach 502, 8034 Zürich
Tel. 01/382 22 94, Fax 01 383 82 27

Kurzargumentarium

PdA-Referendum

gegen den dringlichen Bundesbeschluss
über befristete Massnahmen gegen die
Kostensteigerung in der
Krankenversicherung

1. Inhalt des dringlichen Bundesbeschlusses

Am 13. Dezember 1991 hatten die Eidgenössischen Räte zwei dringliche Bundesbeschlüsse über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung und die Kostensteigerung in der Krankenversicherung gutgeheissen. Beide Beschlüsse sind am Tag darauf in Kraft getreten.

Der eine Beschluss (A) *gegen die Entsolidarisierung* hatte im wesentlichen einen kassenübergreifenden Risikoausgleich, die Plafonierung der Verwaltungskosten der Krankenkassen, ein Verbot neuer Krankenkassen und der Ausdehnung des Tätigkeitsgebietes bereits anerkannter Kassen, zusätzliche Subventionen für kantonale Prämienverbilligungen sowie die Verbesserung statistischer Grundlagen zum Gegenstand. Er gilt längstens bis zum 31. Dezember 1994, also bis zum mutmasslichen Inkrafttreten der total revidierten Krankenversicherung auf den 1. Januar 1995.

Der zweite Beschluss (B) *gegen die Kostensteigerung* hatte die Plafonierung von Tarif- und Preiserhöhungen sowie von Mitgliederbeitragssteigerungen zum Gegenstand. Angesichts der Zweifel bezüglich dessen Wirksamkeit und der möglichen Umverteilungswirkungen insbesondere zu Lasten der Kantone wurde dessen Gültigkeitsdauer auf ein Jahr bzw. bis zum 31. Dezember 1992 begrenzt; dies geschah allerdings mit der Auflage (Art. 4), dass der Bundesrat noch 1992 den Eidgenössischen Räten ein dringliches Anschlussprogramm gegen die Kostensteigerung unterbreite, das insbesondere die Interessen der Kantone besser schütze. Dieses Anschlussprogramm wurde am 9. Oktober 1992 von beiden Räten definitiv in Form eines neuen dringlichen Bundesbeschlusses verabschiedet. Er trat am 1. Januar 1993 in Kraft und gilt längstens bis zum 31. Dezember 1994, also wie der Bundesbeschluss gegen die Entsolidarisierung bis zum mutmasslichen Inkrafttreten des total revidierten Krankenversicherungsgesetzes auf den 1. Januar 1995.

2. Ergreifen des Referendums

Gegen den neuen Bundesbeschluss (B) gegen die Kostensteigerung hat ein von der Partei der Arbeit (PdA) angeführtes "Schweizerisches Komitee gegen die Spitaltaxe" mit rund 74 000 Unterschriften erfolgreich das Referendum ergriffen. Es wendet sich gegen einen einzigen Punkt dieser Vorlage, nämlich gegen die Ausdehnung der Kostenbeteiligung bei Aufenthalt in einem Spital und insbesondere gegen den Selbstbehalt in Form eines Beitrages an die Behandlungskosten von zehn Franken pro Aufenthaltstag.

Aus rechtlichen Gründen hat die Volksabstimmung am 26. September dieses Jahres stattzufinden, andernfalls die beiden Bundesbeschlüsse ein Jahr nach ihrem Inkrafttreten am 8. Oktober 1993 ausser Kraft gesetzt wären.

3. Detaillierter Inhalt der Vorlage

3.1 Der wesentliche Inhalt des Anschlussprogramms

Der seit dem 1. Januar 1993 geltende Bundesbeschluss beinhaltet einen grundsätzlichen Tarif- und Preisstopp im ambulanten sowie eine Tarif- und Preisbegrenzung im stationären Bereich, die Ausdehnung der Kostenbeteiligung bei Aufenthalt in einer Heilanstalt - dieser Punkt bildet Gegenstand des Referendums -, die Prämiengleichheit für Männer und Frauen, die Begrenzung der Mitgliederbeitragserhöhungen der Krankenkassen, die Einschränkung der Leistungen der Krankenkassen in der Pflege-Grundversicherung auf die gesetzlichen Pflichtleistungen und schliesslich die Pflicht der Kantone zur Planung im Gesundheitswesen.

3.2 Tarif- und Preisstopp im ambulanten Bereich

Für das Jahr 1993 wurden diese Tarife und Preise auf der am 30. Juni 1992 geltenden Höhe eingefroren (für pharmazeutische Spezialitäten und konfektionierte Arzneimittel galt der 15. September als Stichdatum). Eine - begrenzte - Erhöhung für das laufende Jahr wurde nur dann zugestanden, wenn der Taxpunkt-wert in den Jahren 1990-1992 unverändert geblieben war und die Behandlungskosten bei den betreffenden Leistungsanbietern je versicherte Person und Jahr um weniger als der Konsumentenpreisindex plus ein Drittel angestiegen sind.

Für das Jahr 1994 wäre eine - ebenfalls begrenzte - Erhöhung der Tarife und Preise nur dann möglich, wenn der Anstieg der durchschnittlichen Behandlungskosten je versicherte Person im Jahr 1992 nicht mehr als einen Drittel über dem Anstieg des Konsumentenpreisindex liegt.

3.3 Tarif- und Preisbegrenzung im stationären Bereich

Im neuen Bundesbeschluss hat der Gesetzgeber für den stationären Bereich die Begrenzung der Tarife und Preise indirekt zu erreichen versucht, indem nach dem Personalaufwand einerseits und dem Sachaufwand andererseits unterschieden wird. Der Personalaufwand darf nach Massgabe des BIGA-Lohnindex, der Sachaufwand gemäss Konsumentenpreisindex erhöht werden. Im Unterschied zur Plafonierung im ambulanten Bereich läuft dieser Mechanismus faktisch auf eine sehr willkürliche, mengenmässige Zementierung des Personalbestandes und des Sachaufwandes in den Spitälern hinaus, eine Massnahme, die sich in Einzelfällen dramatisch auf den Versorgungs- und Leistungsauftrag stationärer Einrichtungen auswirken könnte. Allerdings ist ebensowenig zu übersehen - immer vorausgesetzt, der Bundesbeschluss lasse sich durchsetzen -, dass sich dadurch u.U. gewisse Kantone stärker veranlasst sehen könnten, das öffentliche Spitalangebot

effizienter zu gestalten. Die Implementierung der in der Totalrevision vorgesehenen Massnahmen auf dem Gebiet der Spitalplanung würde damit möglicherweise begünstigt.

3.4 Einführung der Kostenbeteiligung im Spital

Die in der Schweiz längst fällige Ausdehnung der Kostenbeteiligung auf die Spitalbehandlung ist quasi eine Vorwegnahme dessen, was das totalrevidierte Krankenversicherungsgesetz vorsehen dürfte, falls in der Volksbefragung vom 26. September 1993 dem "Komitee gegen die Spitaltaxe", mit der Gutheissung des dringlichen Bundesbeschlusses, eine Abfuhr erteilt wird. Allein gegen diese sowohl aus gesundheitsökonomischer Sicht als auch aus Gerechtigkeitserwägungen mit Bezug auf erkrankte Versicherte positiv zu beurteilende Massnahme richtet sich die Ablehnungssparole diverser Linksgruppierungen unter Führung der PdA.

Gemäss Bundesbeschluss wird die Franchise seit dem 1. Januar 1993 auch bei Aufenthalt in einer Heilanstalt erhoben. An die Stelle des Selbstbehaltes (von zehn Prozent der Behandlungskosten bei ambulanter Behandlung) tritt im Spital ein Beitrag an die Behandlungskosten von zehn Franken pro Aufenthaltstag. Von dieser Kostenbeteiligung bei stationärer Behandlung sind ausgenommen: Kinder, Personen, die sich länger als 180 Tage in einer Heilanstalt aufhalten, sowie Frauen mit Mutterschaftsleistungen. Schliesslich wurde die Kostenbeteiligung, ob bei ambulanter oder stationärer Behandlung, begrenzt: Es gilt ein Höchstbetrag von 500 Franken pro Jahr.

Vor allem aus gesundheitsökonomischer Sicht ist die Gleichstellung aller erkrankten Versicherten - unabhängig davon, ob sie stationär oder ambulant behandelt werden - in der Frage der Kostenbeteiligung von grosser Bedeutung, bietet sie doch dafür Gewähr, dass inskünftig allein die medizinische Indikation für die Frage ausschlaggebend ist und nicht finanzielle Erwägungen, ob

der - in der Regel günstigeren - ambulanten oder der stationären Behandlung der Vorzug zu geben ist. Diese Gleichstellung wird für sich allein ein Mehrfaches dessen an echten Einsparungen im Gesundheitswesen auslösen, was den Spitalpatienten an durchaus vertretbaren Mehrbelastungen zugemutet wird.

3.5 Prämiengleichheit für Männer und Frauen

Die Bestimmung, wonach Krankenkassen die Mitgliederbeiträge nicht nach dem Geschlecht der Versicherten abstufen dürfen, bildete auch Gegenstand des nach dem EWR-Negativentscheid vom 6. Dezember 1992 obsolet gewordenen Eurolex-Paketes (vgl. Swisslex). Bei der Beratung des Bundesbeschlusses im Oktober 1992 gab diese alte, von immer weiteren Kreisen unterstützte Forderung weder in der Volks- noch in der Ständekammer überhaupt noch Anlass zu Diskussionen.

3.6 Begrenzung der Mitgliederbeitragserhöhungen

Die Intervention des Gesetzgebers auch auf dem Gebiet der Mitgliederbeiträge bringt indirekt dessen Misstrauen gegenüber dem Kassensystem als solches, aber auch gegenüber der Funktionalität seines Bundesbeschlusses gegen die Entsolidarisierung und den Bestimmungen über die Tarif- und Preiseingriffe im hier dargelegten Bundesbeschluss zum Ausdruck. Die Kassen dürfen die Mitgliederbeiträge in der Einzelversicherung der Krankenpflege-Grundversicherung grundsätzlich nur bis zu einem bestimmten Höchstbetrag erhöhen. Dieser für jeden Kanton separat festgelegte Höchstbetrag errechnet sich aus dem durchschnittlichen Mitgliederbeitrag des Vorjahres in der untersten Erwachsenengruppe plus einem Zuschlag im Ausmass des Anstiegs des Konsumentenpreisindex des Vorjahres, erhöht um vier Fünftel.

Schwierig sind die Wirkungen zu beurteilen, falls der Bundesbeschluss infolge eines *negativen Volksverdikts* am 26. September im Oktober 1993 ersatzlos ausser Kraft gesetzt werden müsste. Wie gross der Anpassungsdruck auf die Mitgliederbeiträge bei den einzelnen Kassen sein wird und wie diese sich im Hinblick auf die mutmassliche Inkraftsetzung des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf den 1. Januar 1995 in eine finanziell möglichst vorteilhafte Lage manövrieren werden, entzieht sich einer glaubhaften Analyse. Immerhin lässt sich sagen, dass die Wirkungen, falls es deren geben würde, ausnahmslos in *noch höhere Beiträge* münden würden, als sie nach dem jetzt geltenden Bundesbeschluss möglich gewesen wären; dies vorab infolge der gesetzlich immer noch zulässigen Diskriminierung des sog. Zügers, der die Krankenkasse zu wechseln wünscht oder sie wechseln muss. Diese Wirkungen hätten ihrerseits zur Folge, dass die Annahme der Krankenversicherungs-Initiative von SP und SGB begünstigt und die Inkraftsetzung der Totalrevision der Krankenversicherung erschwert würden, was beides aus bürgerlicher Sicht als negativ zu beurteilen wäre.

3.7 Einheitliche Pflicht- statt Mindestpflichtleistungen

Bei den einheitlichen Pflicht- statt Mindestpflichtleistungen handelt es sich um eine teilweise und sinnvolle Vorwegnahme der Totalrevision; sie steht im Bundesbeschluss allerdings in direktem Zusammenhang zur vorerwähnten - fragwürdigen - Interventionsbefugnis auf dem Gebiet der Mitgliederbeiträge: Die Krankenkassen dürfen in der Krankenpflege-Grundversicherung neu nur die Pflichtleistungen gemäss (unrevidiertem) Gesetz übernehmen, wobei diese in gewissen Bereichen statutarisch erweitert werden dürfen, allerdings in weit eingeschränkterem Masse als bisher möglich. Dass in einer "sozialen" - das hiess bisher in einer von Bund und Kantonen subventionierten - Krankenversicherung es nicht der einzelnen Kasse überlassen werden kann zu bestimmen, was neben den gesetzlichen Pflichtleistungen zusätzlich noch

übernommen - und subventioniert - werden soll, versteht sich eigentlich seit Jahrzehnten von selbst. Dieser Teilschritt ist daher als Übergangsregelung bis zur Inkraftsetzung der neuen Krankenversicherung zu begrüssen.

3.8 Pflicht zu kantonalen Planungen

In einem auf zwei Jahre befristeten Notrechtsbeschluss die Kantone in einem sechszeiligen Artikel (selbstverständlich "im Rahmen ihrer Zuständigkeit") zu verpflichten, "innerkantonale und interkantonale Planungen im Gesundheitswesen durchzuführen mit dem Ziel, die Koordination zwischen Leistungserbringern zu verbessern, die Ressourcen optimal zu nutzen und die Kosten einzudämmen", zeugt davon, wie weit wir es in der Schweiz auf dem Gebiet der "deklaratorischen Rechtsetzung" gebracht haben. Die allein als Zielvorgabe uneinlösbare und daher völlig wirkungslose Verpflichtung besteht denn konkret lediglich darin, dass die Kantone ihre Planungen dem Eidgenössischen Departement des Innern zur Kenntnis zu bringen haben.

4. Argumente für den Bundesbeschluss

4.1 Die Ablehnung des Bundesbeschlusses bedeutet einen ersten Schritt in Richtung Staatsmedizin

Die Ausserkraftsetzung des Bundesbeschlusses hätte schlagartige Preiserhöhungen von Mitgliederbeiträgen infolge des nunmehr entstandenen Kostenrückstaus zur Folge, auch wenn diese den Versicherten aus rechnerischen und technischen Gründen nicht sofort bekanntgegeben werden. Radikale Preis- und dementsprechend Prämienanpassungen könnten unter Umständen zu

politisch radikalen Trotzreaktionen führen. Dies könnte die Annahme der von SPS und SGB eingereichten und vom Parlament abgelehnten, unhaltbaren "Volksinitiative für eine gesunde Krankenversicherung" begünstigen. Damit würde ein neuer "Quantensprung" im Interventionsdickicht mit der Einführung von Lohnprozenten auch für die Krankenversicherung und demzufolge deren faktische Verstaatlichung erreicht. Das Leistungsangebot müsste im gesamten Bereich der Krankenversicherung staatlich festgelegt werden. Arzt- und Spitalwahlfreiheit des Patienten würden eingeschränkt, und die medizinische Dienstleistung würde sich gesamthaft verschlechtern.

4.2 Schwerwiegende finanzielle oder verwaltungstechnische Folgen bei Ablehnung des Bundesbeschlusses

Läuft der dringliche Bundesbeschluss aus, ohne dass das Parlament einen neuen, abgeänderten Beschluss fasst, so ist ein Kostenschub bei Spitalern, Ärzten und weiteren Leistungserbringern zu befürchten.

Verabschiedet das Parlament nach einer Ablehnung des Bundesbeschlusses einen neuen dringlichen Beschluss ohne Kostenbeteiligung im Spital und eventuell mit weiteren Änderungen, so bedeutet das für den Bund wiederum einen hohen Verwaltungsaufwand, und dadurch verzögern sich die dringenden Arbeiten an der Revision des Krankenversicherungsgesetzes weiter. Es lässt sich somit unschwer erkennen, dass auch ordnungspolitisch diese Referendumsergreifung unsinnig war.

Neben dem Bund haben auch die Krankenkassen einen höheren Verwaltungsaufwand, was wiederum mit finanziellen Folgen verbunden ist.

4.3 Zeitliches Limit des Bundesbeschlusses und Zusammenhang mit der Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes

Kein Zweifel: Die Beurteilung dieser Vorlage gestaltet sich äusserst schwierig, geht es heute doch nicht mehr darum, darüber zu befinden, ob sie Gesetzeskraft erhalten soll, sondern darum, ob die Vorlage - nun einmal für zweieinhalb Jahre in Kraft - gut eineinviertel Jahre vor der Inkraftsetzung des totalrevidierten Krankenversicherungsgesetzes ausser Kraft gesetzt werden soll. Dabei steht im Vordergrund, dass die Totalrevision eine bessere Alternative auf Gesetzesebene zur SP/SGB-"Initiative für eine gesunde Krankenversicherung" darstellt. Im Zentrum stehen daher nicht mehr die mutmasslichen Wirkungen einer Inkraftsetzung eines interventionistischen Sündenfalls, sondern die für kaum 15 Monate noch zu erwartenden Wirkungen der Ausserkraftsetzung des Bundesbeschlusses!

4.4 Der Bundesbeschluss richtet sich gegen die Kostenexplosion bei der Spitalbehandlung

Das Referendumskomitee richtet sich nicht etwa gegen die symptomtherapeutischen Interventionsmassnahmen, sondern ausschliesslich gegen einen einzigen, aus sozial- und marktwirtschaftlicher Sicht durchwegs positiv zu bewertenden Schritt: gegen die längst fällige Ausdehnung der Kostenbeteiligung auf die Spitalbehandlung. Würde der Bundesbeschluss verworfen, so wäre das auch eine Absage an die im totalrevidierten Krankenversicherungsgesetz vorgesehene Kostenbeteiligung im stationären Bereich. Diese Kostenbeteiligung hat aber kausaltherapeutischen Charakter, indem sie zur Eindämmung der Kostenexpansion beiträgt.

4.5 Verfehltes Ziel des Referendums

Das Ziel des Referendumskomitees ist klar: Die sogenannte Spitaltaxe soll abgeschafft, ihre Einführung mit der Totalrevision verhindert und der Weg für einen kostenbeteiligungsfreien Gesundheitsdienst geebnet werden.

Dass dabei der Staat immer weiter in ein Milliardenloch bei Sozialausgaben gerät, scheint das Referendumskomitee nicht zu kümmern.

4.6 Das Referendum gefährdet auf unverantwortliche Weise die Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes

Es ist unter diesen referendumspolitischen Umständen und in Anbetracht der für die Realisierung der Totalrevision eher negativen Wirkungen einer kurzfristigen Ausserkraftsetzung ratsam, die Aufrechterhaltung der Kostenbeteiligung zu bejahen. So betrachtet, wäre dafür zu sorgen, dass der Bundesbeschluss in der Volksabstimmung am 26. September 1993 überlebt und dadurch verhindert wird, dass für die Totalrevision Konsequenzen gezogen würden (beginnend mit dem Verzicht auf eine Kostenbeteiligung bei Spitalbehandlung), die verhängnisvoll für die längst fällige Sanierung des schweizerischen Gesundheitswesens wären.

4.7 Die Ausserkraftsetzung des Bundesbeschlusses begünstigt die SP/SGB-Initiative

Einmal in Kraft - faktisch seit dem 14. Dezember 1991 - stellt sich nun aber die Frage, welches die Wirkungen einer Ausserkraftsetzung auf den 8. Oktober 1993 wären. Vor allem die Kompensation des Kostenrückstaus durch starke, schlagartige Preiserhöhungen könnten infolge ihrer Rückwirkungen auf die Mitgliederbeiträge zu sozialpolitisch brisanten Situationen führen. Diese

könnten zu jenem Zeitpunkt mit Sicherheit nicht durch ein neues Finanzierungskonzept teilweise aufgefangen werden, wie es das totalrevidierte Krankenpflegeversicherungsgesetz später vorsehen dürfte. Radikale Preis- und dementsprechend Prämienanpassungen könnten u.U. - ganz unabhängig vor den Ergebnissen der Totalrevision - ihrerseits zu politisch radikalen Trotzreaktionen führen. Dies könnte die Annahme der von SPS und SGB eingereichten, vom Bundesrat und von den Eidgenössischen Räten zur Ablehnung empfohlenen "Volksinitiative für eine gesunde Krankenversicherung" begünstigen, womit ein neuer "Quantensprung" im Interventionsdickicht mit der Einführung von Lohnprozentsen auch für die Krankenversicherung und demzufolge deren faktische Verstaatlichung erreicht würde.

4.8 Auch die Krankenkassen missbilligen die Referendumsergreifung der PdA

Die Partei der Arbeit, die vorwiegend noch in der welschen Schweiz agiert, wirkt mit ihrem Referendum eindeutig auf die Verstaatlichung des Gesundheitswesens hin und fördert damit die unsachgemässe Verteilung der bereits knappen Finanzmitteln und die Zementierung des Giesskannenprinzips (Subventionen werden auf alle Versicherte gleichermassen verteilt).

Sogar die Krankenkassen missbilligen die Referendumsergreifung dieser kleinen Gruppierung, welche, aus unverständlichen Gründen und wahrscheinlich die schwerwiegenden Folgen verkennend, sich gegen den Selbstbehalt des Patienten von zehn Franken pro Spitalaufenthaltstag als Beitrag an die Behandlungskosten wendet. So betrachtet, wird man die Vermutung nicht los, dass sich mit diesem Referendum eine kleine, vom Verschwinden bedrohte Partei noch einmal profilieren wollte.

Aus diesen Gründen ist am

26. September 1993

der Bundesbeschluss gegen den dringlichen Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung gutzuheissen.

5. Weitere pendente Vorlagen

a) Revision des Gesetzes über die Krankenversicherung

Mit der Botschaft vom 6. November 1991 unterbreitet der Bundesrat den Eidgenössischen Räten einen Entwurf für eine Totalrevision der Krankenpflegeversicherung. Das derzeit geltende Recht stammt aus dem Jahre 1911; der Erlass wurde seither einzig im Jahr 1964 teilrevidiert.

Der neue, nun vorliegende bundesrätliche Antrag basiert im wesentlichen auf dem Expertenentwurf der von Ständerat Dr. Otto Schoch (FDP, AR) präsierten Kommission. Ein wichtiger Punkt ist die Einführung des Obligatoriums der Grundversicherung, die sich durch fest umrissene Leistungen (ohne Vorbehalte und Eintrittsaltergrenzen), grundsätzlich einheitliche Erwachsenen- und/oder Kinderprämien sowie durch eine integrale Freizügigkeit auszeichnet. Das Zusammenwirken dieser Elemente bürgt nach Auffassung des Bundesrates für einen umfassenden Solidaritätsausgleich (alt/jung, Mann/Frau, arm/reich), für einen wirksamen Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern sowie für einen unverfälschten Einsatz öffentlicher Mittel. Mit diesem Konzept soll die gegenüber der Preis- und Lohnentwicklung stark überproportionale Expansion der Pflegekosten gedrosselt und die Versicherung für wirtschaftlich schwächere Versicherte finanziell tragbarer gestaltet werden.

Die Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes befindet sich gegenwärtig in der parlamentarischen Beratung. Sie soll auf Anfang 1995 in Kraft treten. Gegen die Vorlage sind bereits Referendumsandrohungen ausgesprochen worden. Aufgrund des Standes der parlamentarischen Beratungen ist noch keine abschliessende Beurteilung der Vorlage möglich; in ihren Grundzügen zielt sie jedoch in die richtige Richtung.

b) *Volksinitiative der SPS und des SGB*

Die Initiative "für eine gesunde Krankenversicherung" der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz (SPS) und des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes (SGB) wurde am 17. März 1986 knapp mit 103'575 gültigen Unterschriften eingereicht.

Sie verlangt eine Neufassung des Art. 34^{bis} der Bundesverfassung. Die Initiative fordert ein Obligatorium sowohl für die Krankenpflege- als auch für die Krankentaggeldversicherung, welche beide über Lohnprozente finanziert werden sollen. Des weiteren will sie die Durchführung der Kranken- und Unfallversicherung nur solchen Einrichtungen erlauben, die sie nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit betreiben. Auch diese Vorlage würde den Bundeshaushalt durch auszurichtende Subventionen in hohem Masse belasten.

Der Bundesrat hat sich gegen die Initiative ausgesprochen. Sie soll erst nach dem Entscheid über das totalrevidierte Krankenversicherungsgesetz zur Abstimmung kommen.

Schweizerisches Aktionskomitee
«Ja zur schrittweisen Modernisierung der Krankenversicherung»
Postfach 502, 8034 Zürich
Tel.: 01 382 22 94
Fax: 01 383 82 27

