

DELIB

Verhandlungsheft

91.070

"Für eine gesunde
Krankenversicherung". Volksinitiative

Cahier des délibérations

91.070

"Pour une saine assurance-maladie".
Initiative populaire

Quaderno delle deliberazioni

91.070

"Per una sana assicurazione malattie".
Iniziativa popolare

91.070

Parlamentsdienste
Services du Parlement
Servizi del Parlamento

Verantwortlich für diese Ausgabe

Parlamentsdienste
Dokumentationszentrale
Ernst Frischknecht
031/ 322 97 31

Responsable de cette édition

Services du Parlement
Centrale de documentation
Ernst Frischknecht
031/ 322 97 31

Bezug durch:

Parlamentsdienste
Dokumentationszentrale
3003 Bern
Tel. 031/ 322 97 44
Telefax 031/ 322 82 97

S'obtient aux:

Services du Parlement
Centrale de documentation
3003 Berne
Tél. 031/ 322 97 44
Telefax 031/ 322 82 97

Inhaltsverzeichnis

		<u>Seiten</u>	<u>Deckblatt</u>
1	Uebersicht über die Verhandlungen	I	rot
2	Rednerlisten	II	rot
3	<u>Verhandlungen der Räte</u>		
	Nationalrat		
	07.12.1992	1	grün
	18.12.1992	11	
	Ständerat		
	12.03.1992	13	gelb
	18.12.1992	23	
4	Bundesbeschluss vom 18.12.1992	25	blau

Table des matières

		<u>Pages</u>	<u>Couverture</u>
1	Résumé des délibérations	I	rouge
2	Listes des orateurs	II	rouge
3	<u>Débats dans les conseils</u>		
	Conseil national		
	07.12.1992	1	verte
	18.12.1992	11	
	Conseil des Etats		
	12.03.1992	13	jaune
	18.12.1992	23	
4	Arrêté fédéral du 18.12.1992	26	bleu

1. Uebersicht über die Verhandlungen

Résumé des délibérations

× 146/91.070 s **Für eine gesunde Krankenversicherung. Volksinitiative**

Botschaft und Beschlussesentwurf vom 6. November 1991 (BBl IV, 985) über die Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung».

N/S Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit

1992 12. März. Beschluss des Ständerates nach Entwurf des Bundesrates.

1992 7. Dezember. Beschluss des Nationalrates: Zustimmung.

1992 18. Dezember. Beschluss des Ständerates: Der Bundesbeschluss wird in der Schlussabstimmung angenommen.

1992 18. Dezember. Beschluss des Nationalrates: Der Bundesbeschluss wird in der Schlussabstimmung angenommen.

Bundesblatt 1993 I, 3

× 146/91.070 é **«Pour une saine assurance-maladie». Initiative populaire**

Message et projet d'arrêté du 6 novembre 1991 (FF IV, 961) concernant l'initiative populaire «pour une saine assurance-maladie».

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

1992 12 mars. Décision du Conseil des Etats selon le projet du Conseil fédéral.

1992 7 décembre. Décision du Conseil national: Adhésion.

1992 18 décembre. Décision du Conseil des Etats: L'arrêté est adopté en votation finale.

1992 18 décembre. Décision du Conseil national: L'arrêté est adopté en votation finale.

Feuille fédérale 1993 I, 3

2. Rednerliste - Liste des orateurs

2.1 Nationalrat - Conseil national

Borer Roland (A/SO)	5
Cotti (C), Conseiller fédéral	9
Dormann (C/LU)	7
Eymann Christoph (L/BS)	6
Gonseth (G/BL)	6
Heberlein (R/ZH)	4
Jöri (S/LU)	8
Keller Rudolf (D/BL)	5
Leuenberger Ernst (S/SO)	3
Philipona (R/FR), rapporteur	3
Rychen (V/BE)	8
Segmüller (C/SG), Berichterstatterin	1
Sieber (U/ZH)	7

2.2 Ständerat - Conseil des Etats

Berli (R/BE)	19
Cotti (C), Conseiller fédéral	20
Frick (C/SZ)	20
Huber (C/AG)	16
Morniroli (D/TI)	19
Piller (S/FR)	14, 21
Schiesser (R/GL), Berichterstatter	13
Schüle (R/SH)	18
Simmen (C/SO)	18

**Nationalrat
Conseil national**

Sitzung vom 07.12.1992
18.12.1992 (Schlussabstimmung)

Séance du 07.12.1992
18.12.1992 (Vote final)

91.070

**Für eine gesunde Krankenversicherung.
Volksinitiative****Pour une saine assurance-maladie.
Initiative populaire**

Botschaft und Beschlüssentwurf vom 6. November 1991 (BBI IV 985)
Message et projet d'arrêté du 6 novembre 1991 (FF IV 961)

Beschluss des Ständerates vom 12. März 1992
Décision du Conseil des Etats du 12 mars 1992

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

Frau **Segmüller**, Berichterstatterin: 1992 ist bezüglich Krankenversicherung ein an Geschäften reichhaltiges Jahr. Es gilt daher die heute zu behandelnde Initiative in einem Gesamtrahmen zu beurteilen.

Am 16. Februar 1992 lehnten Volk und Stände die Volksinitiative «für eine finanziell tragbare Krankenversicherung», die sogenannte Krankenkassen-Initiative, deutlich ab. Das war ein Nein zu einer ins Uferlose steigenden Ueberwälzung der Kosten der Krankenversicherung auf den Bund.

Dagegen haben die Räte in der vergangenen Herbstsession einem dringlichen Anschlussprogramm an die im Dezember 1991 beschlossenen Sofortmassnahmen mit Tarifstopp im stationären und ambulanten Bereich und mit einem Prämienstopp zugestimmt. Dies ist als Versuch zu werten, die Kosten- und Prämienexplosion in den Griff zu bekommen.

Jetzt, in der Wintersession, behandelt der Ständerat in der dritten Woche als Erstrat die Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes (91.071). Unserem Rat obliegt heute die Behandlung der Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung». Diese Initiative der Sozialdemokraten und des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes wurde 1986 mit 103 575 gültigen Unterschriften eingereicht.

Der Ständerat als Erstrat hat diese Initiative in der Märzsession 1992 mit 35 zu 2 Stimmen abgelehnt, in Uebereinstimmung mit dem Antrag des Bundesrates. Diese 1986 eingereichte Initiative hat die gleiche Materie zum Gegenstand wie die 1985 eingereichte Initiative der Krankenkassen, nämlich die Einführung neuer Verfassungsbestimmungen über die soziale Krankenversicherung. Damit kommt Artikel 28 des Geschäftsverkehrsgesetzes zur Anwendung, wonach die eidgenössischen Räte nach der Volksabstimmung über die Krankenkassen-Initiative ein Jahr Zeit haben, um die Initiative von SP und SGB zu behandeln. Diese Frist läuft im Februar 1993 ab.

Ursprünglich in Konkurrenz stehend zur Initiative der Krankenkassen, ist nach deren deutlicher Ablehnung heute die SP/SGB-Initiative am Projekt der Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes zu messen, welche der Ständerat in der dritten Sessionswoche behandelt.

Aus den oben erwähnten Termingründen können wir aber mit der Behandlung der Initiative nicht zuwarten, bis das Ergebnis der Totalrevision als indirekter Gegenvorschlag nach der Behandlung in beiden Räten feststeht.

Ihre Kommission hat die Initiative an zwei Sitzungstagen behandelt und die Initianten angehört. Sie ist zu folgender Beurteilung gekommen:

Zum Formalen: Der heutige Artikel 34bis der Bundesverfassung lautet kurz und bündig: «Der Bund wird auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Unfallversicherung einrichten, unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen.» (Abs. 1) «Er kann den Beitritt allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären.» (Abs. 2) Es handelt sich somit um eine reine Kompetenznorm.

Die Initiative dagegen will einen Programmartikel, der dem Gesetzgeber konkrete Aufträge über die Ausgestaltung der Kranken- und Unfallversicherung erteilt. Aus verfassungsrechtlicher Sicht ist die Initiative überflüssig, da sämtliche ihrer Forderungen aufgrund der offenen Formulierung des Artikels 34bis der Bundesverfassung abgedeckt sind; mit der einzigen Ausnahme der fehlenden Bundeskompetenz zur Spitalplanung.

Das wiederum zeigt, dass das detaillierte Programm der Initiative die künftigen Möglichkeiten des Gesetzgebers stark auf eine bestimmte Linie einengt. Schon allein deswegen ist es klar, dass ein solch detailliertes Programm auf Gesetzesstufe gehört.

Zu den inhaltlichen Hauptpunkten. Die Initiative will:

1. ein Obligatorium der Krankenpflegeversicherung für alle Bevölkerungskreise;
2. ein Obligatorium der Unfallversicherung für Arbeitnehmer;
3. ein Obligatorium der Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer;
4. die Gewährleistung der Behandlungsfreiheit im Rahmen der Wirtschaftlichkeit;
5. Tarif- und Abrechnungsvorschriften und verbindliche Spitalplanungen.
6. Das Kernstück der Initiative ist ganz klar die Finanzierung durch Lohnprozente der Unfallversicherung und der Krankengeldversicherung. Bei der neuen Krankenpflegeversicherung steht ebenfalls die Finanzierung durch Lohnprozente im Vordergrund, ergänzt durch zwei weitere Elemente: erstens den Beitrag des Bundes unter Beizug der Kantone von mindestens 25 Prozent und zweitens die Möglichkeit der plafonierten Kostenbeteiligung der Versicherten.

Zur Würdigung der Initiative: Wir stellen in einigen Punkten Übereinstimmung mit der Totalrevision, aber Diskrepanzen beim Kernpunkt fest. Das Obligatorium der Unfallversicherung für Arbeitnehmer ist bereits heute im UVG realisiert. Das Obligatorium der Krankenpflegeversicherung ist ebenso wie die Übernahme der Behandlungskosten ohne zeitliche Begrenzung in der Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes vorgesehen.

Alle Anläufe zum Obligatorium der Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer sind bis heute gescheitert. Die Totalrevision verzichtet daher zu Recht auf ein solches Obligatorium und überlässt die Krankengeldversicherung wie heute den Sozialpartnern zur Regelung in den Gesamtarbeitsverträgen. Ein durch Lohnprozente finanziertes Krankengeldobligatorium würde die Sozialpartnerschaft weiter aushöhlen.

Die Initiative enthält keine Regelungen zur direkten Kostendämpfung. Nach Meinung der Initianten soll sie aus sich selber kostendämpfend wirken. Das heisst: Durch die Pflicht zur Mitfinanzierung soll sie sowohl den Sozialpartnern als auch Bund und Kantonen Anreiz geben, steuernd einzugreifen.

Nun zum Kernpunkt, der Finanzierung: einer Finanzierung sowohl des Krankenversicherungsobligatoriums als auch des Krankengeldobligatoriums durch Beiträge der Versicherten nach Massgabe ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, unter Heranziehen ihres vollen Erwerbseinkommens, unter min-

destens hälftiger Beteiligung der Arbeitgeber. Im Klartext heisst das: Lohnprozente nach dem AHV-Prinzip. Damit ist der Hauptunterschied zwischen dem geltenden Recht und dem Entwurf der Totalrevision einerseits und der SP/SGB-Initiative andererseits auf den Punkt gebracht. Dazu kommt ein 25prozentiger Anteil der öffentlichen Hand und der Kantone an den Gesamtkosten.

Was wären die Folgen? Für die Wirtschaft sind neue Lohnprozente bestimmt das falsche Rezept, insbesondere nach dem gestrigen Entscheid zum EWR. Gemäss Berechnung der Initianten wäre ein Beitragssatz von 3,1 Prozent, gemäss Bundesrat ein solcher von 3,4 bis 3,6 Prozent nötig. Das bedeutet: 1,55 bis 1,8 Prozent gehen zu Lasten des Arbeitgebers. Mit einer Finanzierung durch Lohnprozente besteht die Versuchung, bei steigenden Kosten einfach die Lohnprozente zu erhöhen. Jeglicher Sparanreiz entfällt, und es entfällt die Eigenverantwortung des Patienten, besteht doch keinerlei Zusammenhang mehr zwischen Versicherung und Risiken des Versicherten.

Was wären die Folgen für Bund und Kantone? Heute und in der Totalrevisionsvorlage erscheinen die Bundesbeiträge in absoluten Zahlen, deren Höhe durch das Parlament festgelegt wird. Mit einem 25prozentigen Anteil gemäss Initiative gibt es keine absolute Beschränkung der Höhe mehr; die Subventionen wachsen automatisch mit den Kosten. Das Parlament verliert jeglichen Einfluss auf die Höhe der Geldströme und wäre damit bei der Frage der Finanzierung ein für allemal ausgeschaltet.

Und was wären die Folgen für die Versicherten? Es sei nicht verschwiegen, dass mit der vorgeschlagenen Finanzierung durch Lohnprozente eine grosse Zahl von Versicherten besser fahren würde als mit den heutigen Kopfprämien. Mit der Neuausrichtung der Subventionen, nämlich nur noch an die wirtschaftlich Schwachen, verfolgt die Totalrevision aber dasselbe Ziel (Entlastung vom Prämiendruck) ohne die Erhöhung der Bruttolohnkosten mit Lohnprozente mit all ihren verheerenden Konsequenzen für die Wettbewerbsfähigkeit.

Ein weiterer Nachteil der Initiative ist bis jetzt unerwähnt geblieben, nämlich die gravierende Kompetenzverschiebung in doppeltem Sinne: Die Krankenkassen würden in ihrer Rolle und Funktion ausgehöhlt und zu reinen Zahlstellen degradiert. Der Weg würde unweigerlich zu einer zentralen Einheitskasse führen. Die finanzielle Autonomie der Kassen wäre verloren und ein Wettbewerb unter den Kassen nicht mehr möglich. Schwere noch wiegt aber die Verschiebung der Kompetenzen von den Kantonen auf den Bund, wie sie in der Initiative vorgesehen ist.

Offenbar aus der Einsicht, dass die Belastung der Wirtschaft durch neue Lohnprozente generell, besonders aber in der heutigen Rezession, unzumutbar ist, wurde der Kommission ein Gegenvorschlag vorgelegt, der auf die Arbeitgeberbeiträge ganz verzichten wollte, also allein die Arbeitnehmer mit Lohnprozente belastet hätte. Dieser Antrag wurde in der Kommission mit 11 zu 2 Stimmen bei 6 Enthaltungen abgelehnt.

Gestatten Sie mir noch ein Wort zur Solidarität in der Krankenversicherung: Einig war sich die Kommission darüber, dass heute die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten, Männern und Frauen nicht mehr spielt und dass diese unbefriedigende soziale Wirklichkeit in der Krankenversicherung dringend einer Korrektur bedarf. Ein erster Schritt wurde mit der Schaffung des Ausgleichsfonds unter den Krankenkassen gemacht, der 1993 wirksam wird. Der entscheidende Schritt aber wird die Einführung des Obligatoriums der Krankenpflegeversicherung sein, wie es in der Totalrevision vorgesehen ist. Die Prämiengleichheit zwischen Mann und Frau wäre ebenfalls in der Totalrevision vorgesehen. Aufgrund der Eurolex-Anpassungen haben wir sie bereits in das Anschlussprogramm der Sondermassnahmen integriert. Die Prämiengleichheit tritt am 1. Januar 1993 in Kraft. Das ist eine positive und bleibende Wirkung des leider abgelehnten EWR.

Die neue Art der Ausrichtung von Subventionen des Bundes bei der Totalrevision – weg vom Giesskannenprinzip, hin zur Berücksichtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der

Versicherten – stellt auch eine wirtschaftliche Solidarität her; ohne Umverteilung über den Systemwechsel zu Lohnprozenten. Diese in der Totalrevision vorgesehenen Aenderungen werden der Krankenversicherung ihren sozialen Gehalt zurückgeben, aufbauend auf dem heutigen System, ohne neue Belastungen durch Lohnprozente für die Wirtschaft, ohne unnötige Kompetenzverschiebung von den Kantonen zum Bund.

Es ist klar, dass das Parlament in Pflicht genommen ist, diese Totalrevision so rasch wie möglich zu verabschieden. Nach der Behandlung im Ständerat in der dritten Sessionswoche nimmt die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates ihre Beratungen unverzüglich auf (im Januar 1993). Wir haben bereits drei zusätzliche Sitzungstage reserviert, um mit einer speditiven Arbeit in der Kommission die Behandlung der Totalrevisionsvorlage spätestens in der Wintersession 1993 sicherzustellen.

Die Mehrheit der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit betrachtet die Initiative der Sozialdemokraten und des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes als ungeeignetes Mittel, die Probleme der Finanzierung, der Strukturen und der Kosten im Gesundheitswesen zu lösen.

Sie empfiehlt Ihnen daher mit Bundesrat und Ständerat die Ablehnung der Initiative, und zwar bei einem Stimmenverhältnis von 10 zu 8 (bei 2 Enthaltungen).

M. Philpona, rapporteur: L'initiative du Parti socialiste et de l'Union syndicale suisse vise à remplacer la teneur actuelle de l'article 34bis de la constitution, conçu en termes généraux, par un texte beaucoup plus détaillé. Les initiants visent trois buts principaux: l'instauration d'une assurance obligatoire, le financement de celle-ci selon la capacité financière des assurés et le renforcement des instruments destinés à contrôler les dépenses. Il faut bien reconnaître que la situation actuelle dans le domaine de l'assurance-maladie n'est pas du tout satisfaisante. Toute proposition mérite d'être examinée avec soin, avant de prendre position.

Les particularités de l'article constitutionnel proposé sont les suivantes: la création d'une assurance obligatoire en matière d'indemnité journalière pour tous les travailleurs et les travailleuses, la fixation de la part de la Confédération et des cantons à 25 pour cent des coûts de l'assurance, la modulation des cotisations en fonction du revenu et une participation des employeurs pour moitié du coût, l'assurance gratuite pour les enfants, la limitation de la participation aux coûts à 20 pour cent des cotisations. Les initiants reconnaissant en même temps que cette disposition empêcherait la création des systèmes HMO.

La commission constate tout d'abord que l'article 34bis actuel de la constitution est une base suffisante pour légiférer. Le problème de l'assurance-maladie est à résoudre dans la législation et dans la pratique, mais pas dans la constitution. A la limite, on pourrait comprendre une volonté de pression sur le législateur si rien ne se passait. Mais on peut dire que depuis le refus populaire de décembre 1987, les choses n'ont pas traîné. Tant les experts désignés par le Conseil fédéral, que la commission Schoch ont fait diligence pour qu'un projet d'assurance-maladie puisse être présenté rapidement par le Conseil fédéral. Il faut relever aussi que la volonté d'avancer rapidement est évidente. Dans ce domaine en tout cas, le Conseil fédéral a réellement fait le maximum. La commission juge qu'il est faux de mettre de trop nombreux détails dans un article constitutionnel. Les obligations, les barrières qu'on y introduit se révèlent souvent inappropriées par la suite. Dans le cas présent, c'est plus grave encore puisque la voie de l'article constitutionnel aurait pour effet de retarder la mise sous toit d'une loi sur l'assurance-maladie, que chacun reconnaît comme urgente. Le Conseil des Etats examinera la loi concernant la révision complète durant la présente session.

Dans l'examen de détail de l'initiative, la commission, dans sa majorité, estime qu'une déduction de 3,4 pour cent au minimum sur les salaires est devenue indésirable pour les salariés et insupportable pour les patrons. La conjoncture ne permet plus une telle méthode de financement qui s'éloigne de la volonté et du besoin de responsabiliser les assurés. On crée par

là un automatisme contreproductif. D'autre part, ce système centralisateur affaiblit et tue même, à plus long terme, les caisses-maladie qui correspondent mieux à notre particularité suisse.

C'est par 10 voix contre 8 et 2 abstentions que la majorité de la commission vous invite à suivre la proposition du Conseil fédéral et la décision du Conseil des Etats qui recommandent de rejeter l'initiative.

Leuenberger Ernst, Sprecher der Minderheit: Lassen Sie mich selbstkritisch festhalten, dass es nichts Nutzloseres gibt, als im Parlament stundenlang darüber zu diskutieren, was das Parlament dem Volk bei einer Initiativabstimmung empfehlen wird. Ich denke, Sie alle haben schon Volksabstimmungen erlebt, bei denen das Volk sich relativ wenig um die Parlamentsempfehlungen gekümmert hat; und vielleicht erleben wir es eines Tages noch, dass auch wir begreifen, dass es nicht nötig ist, bei jeder Initiative dem Volk eine Empfehlung zu geben. Das Volk weiss eigentlich in der Regel schon, was es will, auch wenn ich gelegentlich ein bisschen Mühe habe mit dem Entscheid des 6. Dezembers – und ich rede jetzt vom Entscheid von 1987, der ja bei den Lohnprozenten so eifrig zitiert worden ist.

Ich habe hier nichts anderes zu tun, als einen Minderheitsantrag zu vertreten, der Sie eigentlich davon überzeugen wollte, dass Sie dem Volk statt einer ablehnenden Empfehlung – wie Ihnen das die Kommission und der Bundesrat vorschlagen – eine positive Empfehlung machen würden. Ich habe gedacht, ich müsste die Initiative Punkt für Punkt vorstellen. Ich darf mit grossem Respekt und etwelcher Dankbarkeit feststellen, dass die Kommissionsprecherin und der Kommissionsprecher das weitgehend schon getan haben. Ich kann noch einige Ergänzungen anbringen und einige Pünktchen auf die «i» setzen, wo sie vielleicht etwas zu klein geraten sind.

Lassen Sie mich hier eines festhalten: Wenn die Mehrheit der Kommission sagt, das gehöre gar nicht in die Verfassung, dann wollen wir uns in aller Bescheidenheit wieder einmal vor Augen führen, dass es in diesem Lande immer noch keine Gesetzesinitiative gibt; polemisch könnte man beifügen: Just jene Parteien, die immer sagen, etwas gehöre nicht in die Verfassung, sind auch jene, die die Gesetzesinitiative jedesmal, wenn sie vorgelegt wird, in Bausch und Bogen ablehnen. Das sind so Details, die einem Praktiker nach Jahr und Tag plötzlich auffallen.

Gibt es denn in der Krankenversicherung Probleme? Ich meine ja. Wenn ich mich daran erinnere, dass wir uns in der letzten Session mit Hängen und Würgen und unter grossen Anstrengungen dazu durchgerungen haben, mit Mehrheiten, zum Teil mit prekären Mehrheiten, zeitlich begrenzte Sofortmassnahmen zu verabschieden, dann nehme ich an, dass es einige Probleme gibt. Namentlich haben die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler mit dem heute geltenden Kopfprämienystem – das ist korrekterweise ausgeführt worden – sehr grosse Probleme.

Eine der wichtigsten Fragen, die sich in diesem Zusammenhang stellen, ist tatsächlich die Frage: Wie, auf welche Weise, könnte man die Finanzierung der Krankenversicherung etwas gerechter ausgestalten? Da muss ich Ihnen gestehen: Wir handeln jetzt, Ende 1992, eine Initiative, die im frühen Frühjahr 1986 deponiert worden ist. Diese Initiative ist vor dem 6. Dezember 1987 geboren worden. Man hat damals gesagt, es seien im einen Fall einkommensabhängige Finanzierungsmechanismen zu suchen, und man hat bei der Taggeldversicherung, bei der Lohnersatzversicherung, ganz klar von Lohnprozenten gesprochen. Das Hauptargument wird sein – und das werden wir heute abend auch zu hören bekommen –: Am 6. Dezember 1987, anlässlich der Ablehnung der Mutterschaftsversicherung, hat das Volk ein für allemal zu Lohnprozenten nein gesagt. Ich weiss, wenn wir Volksentscheide deuten wollen, haben wir oft grosse Mühe, und jeder liest daraus wie aus dem Kaffeesatz oder aus dem Vogelflug, was ihm gerade gefällt.

Es ist wahr, die Mutterschaftsversicherung – mit Lohnpromillen finanziert, müsste man korrekterweise sagen – wurde damals, vor fünf Jahren, abgelehnt. Aber daraus den Schluss zu

ziehen, dass es nun gänzlich unmöglich wäre, weitere einkommensabhängige Finanzierungen vorzunehmen, ist etwas zu kurz gegriffen.

Frau Kommissionspräsidentin, erlauben Sie mir, in aller Freundschaft zu sagen: Von «verheerenden Konsequenzen» dieser Lohnprozente zu reden, ist in der Formulierung ein klein wenig stark geraten. Das ist noch vorsichtig formuliert, da sind wir uns doch einig.

Es geht um zwei Obligationen: erstens um ein Obligatorium der Pflegeversicherung. Das ist – möchte ich meinen – Ende dieses Jahrhunderts eine zeitgemässe Forderung. Darüber sind wir uns eigentlich alle einig. Sogar der hohe Bundesrat ist zum gleichen Schluss gekommen.

Zweitens ist hier ein Obligatorium der Taggeldversicherung postuliert. Auch das ist nicht gerade eine umwerfende Forderung. Dieses Obligatorium müsste eigentlich möglich werden. Man hat vor fünfzehn Jahren das Obligatorium der Arbeitslosenversicherung eingeführt, nachdem auch das vorher eine tabuisierte Forderung war. Man wird sich auch hier daran gewöhnen.

Ich danke für den Hinweis, dass die Sozialpartner das eigentlich in ihren Verträgen lösen könnten. Leider stellen wir fest, dass es immer wieder einige Arbeitgeber gibt, die dem Sozialpartnerschaftsgedanken nicht allzu viel abgewinnen können und deshalb eigentlich keine Gesamtarbeitsverträge abschliessen. Aber die anderen, die Verträge abschliessen, seien in diesem Zusammenhang hoch gelobt. Gesetzliche Regelungen in diesem Zusammenhang haben ja primär die Funktion, eben den ewigen Nachzüglern, jenen, die nie etwas begreifen, ein bisschen auf die Beine zu helfen und zu einem sozialen Level zu kommen, der sich dann sehen lässt.

Ich bin der Meinung, dass diese Initiative – auch wenn man argumentieren könnte, sie enthalte ein zu detailliertes Programm, das auf eine andere Stufe gehöre – im Hinblick auf die angesprochene Totalrevision eine ganz wichtige Funktion hat. Diese Initiative ist vom hohen Bundesrat als Druckmittel bezeichnet worden, das eingesetzt werden kann, um uns ein bisschen Beine zu machen bei dieser Totalrevision. Ich bin der Meinung: Der Bundesrat tut sehr gut daran, für diese Initiative so lange keinen Abstimmungstermin festzusetzen, als nicht feststeht, dass die beiden Kammern des Parlaments sich zu einer Lösung durchringen wollen und können und durchgerungen haben, die einigermaßen den Namen einer Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes verdient.

Ich nehme an, dass die Initianten, wenn wider aktuelle Erwartungen aus diesen Beratungen eine tolle Lösung hervorgehen sollte, mit sich reden liessen. Aber zu diesem Behuf muss der Bundesrat ganz sicher signalisieren, dass er darüber erst abstimmen lässt, wenn das Parlament seine Arbeit ordnungsgemäss erledigt hat.

Es ist auch ein bisschen unvorsichtig behauptet worden, zur Kostendämpfung leiste diese Initiative, dieser Text, keinen Beitrag. Ich darf auf Absatz 2 des Initiativtextes verweisen, wo beispielsweise steht: «... Bund und Kantone sorgen für die wirtschaftliche Verwendung der Finanzmittel der Versicherung.» Das ist ein gehöriger Sparauftrag. Weiter steht noch – das gefällt vielleicht den Föderalisten nicht so gut –: «Zu diesem Zweck erlassen sie (Bund und Kantone) Tarif- und Abrechnungsvorschriften und legen verbindliche Spitalplanungen fest.»

Seien wir doch ehrlich: Solange Krethi und Plethi in diesem Land Spitäler aufstellen, mit Betten füllen können, werden diese Betten tendenziell immer irgendwie gefüllt werden, und das kostet enorm viel. Solange der Bund namentlich zu dieser Planung nichts zu sagen hat, wird der Bund, werden die Prämienzahlerinnen und -zahler einfach zahlen und keine Chance haben. Also, seien Sie ein bisschen gnädig, Kommissionsprecherin und Kommissionsprecher! Auch zur Kostendämpfung sei etwas gesagt: Wenn Sie schon eine Abstimmungsempfehlung abgeben wollen, dann geben Sie doch wenigstens eine positive ab.

Frau Heberlein: Man könnte sagen: Klein, aber fein ist das Auditorium. Es entspricht aber nicht unbedingt der Intensität des Dauerthemas Krankenversicherung und Kostenexplosion,

wie wir das seitens der Presse immer wieder zu hören bekommen.

Während wir über die 1986 mit nur 103 000 gültigen Unterschriften eingereichte Volksinitiative diskutieren, wird der Ständerat in der dritten Sessionswoche bereits die Revision des Krankenversicherungsgesetzes behandeln.

Nach den hektisch beschlossenen Sofortprogrammen, deren Ausführungsbestimmungen und nicht durchdachte Konsequenzen momentan zu den grössten Anwendungsproblemen führen und bei Kantonen, Kassen, Spitälern, Krankenheimen und erst recht bei den Versicherten eine allgemeine Verunsicherung bewirkt haben, wäre eigentlich eine zukunftsgerichtete Vorlage dringend nötig. Gerade das ist diese Initiative nicht und kann es auch nicht sein, nachdem sie 1986 eingereicht worden ist. Trotz des irreführenden Titels «Für eine gesunde Krankenversicherung» enthält der formulierte Text für einen Gesetzgebungsauftrag keine einzige Massnahme, die etwas zu einer Gesundung dieser Krankenversicherung beitragen würde.

Die inhaltlichen Forderungen der Initiative wurden Ihnen von den Kommissionsprechern ausdrücklich erläutert, und der Versuch von Herrn Leuenberger Ernst, der jetzt nicht im Saal anwesend ist, sie ins richtige Licht zu rücken, kann mich nicht überzeugen. In allen Punkten, mit Ausnahme des Obligatoriums der Krankenpflegeversicherung, widerspricht der Text der Initiative der Gesetzesrevision, nämlich bezüglich der Finanzierung, bezüglich der Ausdehnung der obligatorischen Unfallversicherung auf Nichterwerbstätige, bezüglich der Erhöhung des Anteils der Bundesbeiträge auf einen Viertel der Ausgaben, auch bezüglich der obligatorischen Krankengeldversicherung für alle Arbeitnehmer bis zur Höhe von 80 Prozent des Lohnes. Die Initiative läuft also den angelaufenen Revisionsbestrebungen auf Gesetzesesebene völlig entgegen und würde eine solche hinauszögern, wenn nicht verhindern.

Mir scheint, dass die massive Ablehnung der Krankenkassen-Initiative am 16. Februar bewiesen hat, dass das Volk dem Parlament noch einmal eine Chance geben wird. Diese Revision ist nun auf gutem Weg, und es wird – da bin ich mit den Vorrednern einverstanden – Aufgabe unseres Rates, zuerst einmal der zuständigen Kommission, sein, die intensive Arbeit des Ständerates weiterzuführen. In der Verfassung aber ein derart detailliertes Leitbild festzuschreiben und Regelungen über die Finanzierung zu zementieren, verunmöglicht jede Weiterentwicklung und Anpassung an neue Situationen.

Auch wenn – wie wir gehört haben – der Wortlaut der Initiative nicht ausdrücklich von Lohnprozentsätzen spricht, sondern auf Beiträgen der Versicherten nach Massgabe ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit aufbaut, ist doch kaum ein anderes Finanzierungssystem denkbar. Bei einem Beitragssatz von 3,1 Prozent nach Angabe der Initianten, bis zu 3,6 Prozent nach Berechnung des BSV würde dies, je hälftig aufgeteilt zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern, rund 3,3 bis 3,8 Milliarden Franken zu Lasten der Arbeitgeber ausmachen. Nicht nur in der heutigen wirtschaftlichen Situation, sondern ganz generell – dies entgegen der Meinung von Herrn Leuenberger Ernst – ist die «Schmerzgrenze» der lohnprozentualen Belastung erreicht. Die Konsequenzen bezüglich Kosten, Teuerung und Indexautomatismus müssen nicht speziell erwähnt werden.

Der Wechsel vom Prämien- zum Lohnprozentsystem würde die Kassen praktisch zu Durchlauf- und Abrechnungstationen degradieren; wir könnten dann genauso gut eine eidgenössische Krankenversicherungsanstalt schaffen. Heute haben wir regional unterschiedliche Prämien. Könnten Sie sich regional unterschiedliche Lohnprozente vorstellen?

Die vorgesehene obligatorische Krankentaggeldversicherung ist ein weiterer Grund, der gegen die Initiative spricht. Ein Taggeld bis zu 80 Prozent des Lohnes, ebenfalls obligatorisch lohnfinanziert, ist nach der klaren Ablehnung durch das Volk zu Recht nicht mehr in die Revisionsvorlage aufgenommen worden: Es würde die Revision des Krankenversicherungsgesetzes erheblich gefährden. Ueberlassen wir – trotz Ihrer Skepsis, Herr Leuenberger Ernst – diese Regelung der Sozialpartnerschaft. So schlecht hat sie es nämlich bis heute nicht gelöst.

Als letztes Argument gegen die Initiative möchte ich – auch im Rückblick auf die Budgetdebatte – die Finanzierung von mindestens einem Viertel der Ausgaben durch einen Bundesbeitrag anführen. Diese Bestimmung in die Verfassung aufzunehmen, hätte eine jährliche Mehrbelastung von rund 1,3 Milliarden Franken für den Bund zur Folge und würde jegliche Sparmassnahmen verhindern. Wir haben dies von den Kommissionssprechern bereits gehört.

Die politische Wertung der Initiative ist eindeutig. Sie hat zwar – zusammen mit der Krankenkassen-Initiative – einiges ins Rollen gebracht. Sie passt aber heute klar nicht mehr in die politische Landschaft. Wir müssen alle unsere Kräfte auf die Revision des Krankenversicherungsgesetzes mit ihren positiven Aspekten konzentrieren, um sie jetzt rasch über die Runden zu bringen. Diese nochmals zu gefährden scheint mir heute unverantwortlich zu sein. Wir müssen neue Lösungen anstreben, nicht bestehende Strukturen zementieren.

Im Namen der FDP-Fraktion ersuche ich Sie daher – nach dem klaren Entscheid des Ständerates –, dem Antrag der Mehrheit der Kommission zuzustimmen, die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen, und sich nicht vom herzbewegenden Minderheitsantrag Leuenberger Ernst auf eine positive Empfehlung an den Stimmbürger erweichen zu lassen.

Keller Rudolf: Auch wenn wir nicht oder fast nicht mehr beschlussfähig sind, erlaube ich mir gleichwohl einige Feststellungen zu dieser Initiative und zum ganzen Umfeld.

Die ins Untragbare hochschnellenden Krankenkassenbeiträge sind nicht nur für den Durchschnittsschweizer und die Durchschnittsschweizerin neben den hohen Mietzinsen ein Aergernis ersten Ranges, sondern sie sind auch für Kleinverdiener, Rentnerinnen und Rentner und grosse Familien ein existenzielles Problem. Dessen ist sich die Fraktion der Schweizer Demokraten und der Lega dei Ticinesi bewusst. Wir alle sollten uns dies künftig noch mehr ins Bewusstsein bringen.

Dass der Bundesrat – zusammen mit dem Parlament – den Versuch machte, dringliche Massnahmen zu ergreifen, war ja eine löbliche Absicht, wie wir alle wissen. Ich habe aber schon bei den Beratungen dieser Massnahmen davor gewarnt, dass dieses Paket praktisch sehr wenig bringt, ausser vielen neuen zusätzlichen Schwierigkeiten.

Dieses befristete Massnahmenpaket sollte nicht davon ablenken, dass eine grundsätzliche Neuordnung der Krankenversicherung und damit verbunden des gesamten Krankenversicherungswesens – sprich eine möglichst rasche Revision des Krankenversicherungsgesetzes – dringend an die Hand genommen werden muss. Wir tun das ja auch in den nächsten Monaten. Demnächst ist der Ständerat in einer ersten Runde daran. Diese Gesetzesrevision muss nach der abgelehnten Initiative des Krankenkassenkonkordats unser Ziel sein.

Die vorliegende SP-Initiative, die im übrigen nur sehr knapp zustande kam, bringt aber eine Aufblähung des Sozialstaates mit sich und fördert das Giesskannenprinzip. Es ist völlig inakzeptabel, dass auch Leute von zusätzlicher Unterstützung profitieren sollen, die dies eigentlich gar nicht nötig haben.

Die höheren Subventionen wären nur durch zusätzliche Steuern zu finanzieren. Woher sollen – gerade in der heutigen Zeit – diese zusätzlichen Milliarden Franken überhaupt genommen werden? Die SP-Initiative liegt darum völlig quer in der politischen Landschaft.

Sie liegt aber auch völlig quer in der lohnpolitischen Landschaft, weil die Krankenversicherung mit Lohnprozenten finanziert werden soll. Auch hier hören wir das Jammern der Arbeitgeber und der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, dass sie schon heute zu viele Sozialabgaben in der Form von Lohnprozenten leisten müssen.

Die SP-Initiative ist ein Obligatoriums-Rundschlag, obschon bereits 98 Prozent der Bevölkerung freiwillig krankenversichert sind. Zudem sind zusätzliche Lohnprocente bei den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern gar nicht beliebt, wie ich Ihnen schon gesagt habe, wobei die Initianten hier erst noch mit viel zu niedrigen Angaben gearbeitet haben. Das Ganze wird 3 bis 4 Milliarden Franken kosten.

Letztlich führt die SP-Initiative auf kaltem Wege hin zu einer Verstaatlichung des Gesundheitswesens, weshalb ja auch die Ärzte, die Spitäler, die kantonalen Sanitätsdirektoren, die Krankenkassen von dieser Initiative nicht begeistert sind. Sie verunmöglicht den freien Wettbewerb, der zusammen mit der dringend zu beschliessenden Revision des Gesetzes aber unabdingbar notwendig ist, um aus den Problemen herauszukommen. Die Initiative verhindert auch kreative neue Lösungen im Krankenversicherungswesen, weil sie zu starr formuliert ist. Das Resultat der Abstimmung über die Krankenkassen-Initiative des Konkordats ist für uns ein Auftrag zu handeln. Das gebe ich zu. Nicht nur die Jastimmenden, nein, auch die ob-siegenden Neinstimmenden erwarten jetzt vom Bundesrat Nägel mit Köpfen.

Wenn wir jetzt nicht handeln und die Kostenexplosion im Gesundheitswesen wirksam bremsen, steht uns bald nach der SP-Initiative einfach eine weitere Krankenkassen-Initiative ins Haus. Und irgendwann einmal – das richte ich vor allem an die bürgerlichen Damen und Herren hier im Saal – wird es dann halt doch so weit sein, dass eine dieser Verstaatlichungs-Initiativen vom Volk mit einer Mehrheit angenommen wird. Das sollten wir eigentlich verhindern.

Deshalb auch der Appell an unsern Rat, der nicht einfach davon ausgehen kann, mit einer Ablehnung der SP-Initiative sei alles getan. Der Handlungsbedarf ist sehr gross. Es sind also grundlegende soziale, staats- und gesellschaftspolitische Überlegungen, die uns dazu veranlassen sollten, die SP-Initiative abzulehnen, und gleichzeitig, uns allen den Auftrag mitzugeben, für eine einheitliche Gesetzesrevision zu optieren, eine Gesetzesrevision, die aber drastische Einsparungen auf allen Ebenen, bei allen Beteiligten im Krankenversicherungswesen mit sich bringt.

Die SD/Lega-Fraktion lehnt also die vorliegende Initiative ab.

Borer Roland: Die Krankenkassen-Initiative müssen wir in der vorliegenden Form ablehnen. Ich mache aber keinen Hehl daraus, dass auch wir von der Fraktion der Auto-Partei gegenüber dem Stimmbürger ein schlechtes Gewissen haben.

Wir machen uns echt Gedanken, warum eine Initiative in dieser Form, die eigentlich nur die Möglichkeit bietet, die Krankenkassen über Lohnprocente zu finanzieren, zustande gekommen ist.

Der Schluss ist folgender: Die Krankenkassenprämien haben für einen grossen Teil unserer Mitbürgerinnen und Mitbürger die Schmerzgrenze erreicht; sie sind für einen Grossteil des Volkes nicht mehr bezahlbar.

Im grossen und ganzen haben die Kommissionssprecher die Gründe dargelegt, aus welchen auch wir diese Krankenkassen-Initiative ablehnen müssen. Andererseits wäre es zu einfach zu sagen, alles an dieser Initiative sei schlecht. Herr Leuenberger Ernst hat vorhin am Schluss seines Votums mit Recht darauf hingewiesen, wo das Problem liegt: Es werden heute im Gesundheitswesen Leistungen angeboten, die für den Bürger nicht mehr bezahlbar sind. Es kommt dabei nicht darauf an, ob sie über Lohnprocente, über Subventionen des Bundes, über Subventionen der Kantone oder über eine Prämie bezahlt werden müssen. Diese Leistungen an sich sind schlichtweg nicht mehr bezahlbar.

Die Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes bildet einen Anfang; für uns ist das aber sicher noch nicht das Ende der notwendigen Veränderungen. Wir sind der Ueberzeugung, dass nur ein Systemwechsel Änderungen im Gesundheitswesen und vor allem in bezug auf die Kosten bewirken kann.

Diese Initiative erachten wir als Fingerzeig gegenüber diesem Parlament, einmal etwas zu tun, nicht immer nur Schäden zu begrenzen, nicht immer nur Symptome zu bekämpfen, sondern wirklich einmal einen mutigen Schritt zu tun.

Wenn wir die Kosten noch einmal anschauen – wir haben das schon bei der letzten Diskussion über das Gesundheitswesen gemacht –, müssen wir zugeben, dass für die unbezahlbaren Prämien vor allem der stationäre Bereich im Gesundheitswesen verantwortlich ist. Im stationären Bereich, d. h. bei den Spitälern, also bei öffentlichen Institutionen – das ist das Tragische am Ganzen –, funktioniert der Markt nicht mehr.

Patienten können ihre Bedürfnisse nicht definieren. Anbieter liefern keine differenzierten, den Bedürfnissen der Patienten angepassten Angebote. Die Kontrollstellen, sprich die kantonalen Sanitätsdirektoren, haben kein Interesse daran, die Spitäler und die übrigen öffentlichen Anstalten im Gesundheitswesen zurückzubinden. Da liegt der Hase im Pfeffer!

Wir verlangen und unterstützen alle Massnahmen, die die Kantone und vor allem auch die öffentlichen Anbieter zwingen, die Angebote im Gesundheitswesen nach volkswirtschaftlichen Grundsätzen und nicht immer nur nach betriebswirtschaftlichen Ueberlegungen anzubieten.

Das ist doch das, was heute gemacht wird, und da hat Herr Leuenberger Ernst meiner Ansicht nach völlig recht. Spitäler sind heute nicht mehr Anstalten, wo Patienten gepflegt werden. Spitäler entwickeln sich in den meisten Kantonen immer mehr zu Denkmälern, die sich kantonale Sanitätsdirektoren bauen. Es wird nicht mehr bedacht: Was ist eine moderne Medizin, die finanzierbar ist? Die Ueberlegungen sind heute dahin gehend: Was kann man machen, wenn man nicht auf das Geld schauen muss?

Hier muss der Hebel angesetzt werden. In bezug auf diese Anforderung bietet die vorliegende Initiative leider wenig. Deshalb sind wir für Ablehnung.

Eymann Christoph: Die Revision des KUVG ist eine sehr wichtige Aufgabe, und sie muss in der laufenden Legislatur behandelt werden. Diese Aufgabe ist bekanntlich schon in Angriff genommen worden, und es ist davon auszugehen, dass wir im nächsten Jahr beschliessen können. Mit Blick darauf liegt die Initiative nicht richtig; sie rennt aus heutiger Sicht offene Türen ein.

Materiell gefällt uns nicht, dass die Krankenversicherung durch Lohnprozente mitfinanziert werden soll. Es ist grundfalsch, unsere Wirtschaft im heutigen Zeitpunkt noch stärker zu belasten. Im Gegenteil: Entlastungsmöglichkeiten wären gefragt. In Zeiten mit einer sehr hohen Arbeitslosenquote dürfen die Kosten für die Unternehmungen nicht noch weiter erhöht werden. Zudem würden Selbständigerwerbende und unter ihnen die Gewerbetreibenden doppelt belastet. Die Investitionskraft dieser Unternehmungen, die für die Schweizer Wirtschaft äusserst wichtig sind, würde geschmälert.

Einmal mehr würden wir bei einer Zustimmung zur Initiative reine Symptombekämpfung betreiben. Die hohen Kosten im Gesundheitswesen werden als gegeben in Kauf genommen. Man macht sich einzig Gedanken darüber, wie eine sozialere Finanzierung des ungesund hohen Aufwandes erreicht werden kann. Das ist auch für uns wichtig.

Wir müssen uns aber endlich auch Gedanken machen, wie die Ursachen der Kostenexplosion im Gesundheitswesen bekämpft werden können. Die in der Initiative erwähnte verbindliche Spitalplanung allein genügt nicht. Weiter gehende Massnahmen werden notwendig sein. Die Liberalen erwarten eine rasche Inangriffnahme grundlegender Verbesserungen, die im Zusammenhang mit der Gesetzesrevision erfolgen müssen und erfolgen werden.

Die liberale Fraktion folgt dem Entwurf des Bundesrates und dem Beschluss des Ständerates und empfiehlt Ihnen die Initiative zur Ablehnung.

Frau Gonseth: Die Lage der sozialen Krankenversicherung hat sich in den letzten zehn Jahren dramatisch verschlechtert. Die massive Prämienexplosion und die eingetretene Entsolidarisierung zeigen deutlich, dass das bisher flexible System des KUVG an seine Grenzen gestossen ist. Eine Revision ist überfällig.

Mit den beiden dringlichen Bundesbeschlüssen haben wir fürs erste wirksame Massnahmen gegen die Entsolidarisierung beschlossen. Allerdings sind diese Bundesbeschlüsse befristet (sie gelten nur bis 1994) und erst noch vom Referendum bedroht.

Als Revisionsvorlage haben wir am 6. November 1991 die Botschaft über die Revision der Krankenversicherung erhalten. Damit hat der Bundesrat nach Meinung der grünen Fraktion einen recht akzeptablen materiellen Gegenvorschlag zur Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung», wel-

che heute zur Debatte steht, vorgelegt. Diese bundesrätliche Vorlage ist recht breit abgestützt, ist sie doch aus vier Einzelexpertenberichten und einem darauf aufbauenden Expertenkommissionsbericht hervorgegangen. Trotzdem ist es heute für die Mehrheit der grünen Fraktion noch verfrüht, sich endgültig zwischen der Bundesratsvorlage und der Initiative zu entscheiden. Bei beiden Vorlagen kennen wir die definitive Ausgestaltung noch nicht. Wir bedauern, dass wir nicht beide Vorlagen gleichzeitig hier im Rat beraten können.

Bei der Initiative handelt es sich um einen Verfassungsauftrag, dessen Umsetzung noch sehr viele Jahre in Anspruch nehmen würde; das ist zweifellos ein grosser Nachteil. Andererseits wissen wir auch nicht, was das Parlament aus der Bundesratsvorlage machen wird. Wir haben bereits bei der Beratung der dringlichen Massnahmen gesehen, wie komplex der Kampf um die Anteile am grossen Kuchen im Gesundheitswesen ist. Gegenwärtig ist bei den Leistungserbringern auch ein Abbröckeln bei der Unterstützung der Bundesratsvorlage zu verzeichnen. Die wichtige Frage, um die es hier geht, können wir noch nicht endgültig beantworten, nämlich: Welche der beiden Vorlagen garantiert uns eher, sowohl das Ziel einer sozialen, solidarischen Krankenversicherung wieder zu erreichen als auch das gute Niveau unserer medizinischen Versorgung für die gesamte Bevölkerung beibehalten zu können?

Was sind die Unterschiede, was die Gemeinsamkeiten zwischen diesen beiden Vorlagen? Es gibt viele Gemeinsamkeiten, die wir Grünen unterstützen, so das Krankenversicherungsobligatorium, die Prämienungleichheit für Frau und Mann, keine Vorbehalte bei Kassenwechsel, die freie Arztwahl im ambulanten Bereich, die Behandlungsfreiheit im Rahmen der Wirtschaftlichkeit; schliesslich wollen beide Vorlagen eine klare Trennung zwischen einer obligatorischen, unbegrenzten Grundversicherung und fakultativen Zusatzversicherungen.

Für uns Grüne wird die Ausgestaltung dieser Grundversicherung besonders wichtig sein. Neben der Schulmedizin müssen darin auch die alternativen Konzepte der Komplementärmedizin aufgenommen werden, da ihnen heute immer mehr Patienten und Patientinnen gegenüber der zunehmend technologischen und erwiesenermassen teureren Schulmedizin den Vorzug geben. Doch dies steht heute nicht zur Debatte.

Der grösste Unterschied – ein Systemwechsel – besteht bei der Erhebung der Krankenkassenprämien. Der Bundesrat will weiterhin am Kopfprämienystem festhalten. Die Prämien sollen im Gegensatz zu heute für alle gleich hoch sein, und mit gezielten Subventionen soll die Prämienlast nur noch bei den einkommenschwächeren Versicherten erleichtert werden. Dieses bundesrätliche System wird nur mit grossem bürokratischem Aufwand sozial gerecht und transparent zu realisieren sein.

Demgegenüber soll die Erhebung der Prämien gemäss der Initiative nach Lohnprozenten oder anderen Einkommensparametern erfolgen. Dies ist ein sehr einfaches und zweifellos auch ein soziales System. Uebrigens erheben auch alle Nachbarstaaten die Krankenkassenprämie mittels Lohnprozenten. Allerdings wird das bisher bei der AHV bewährte System ausserordentlich problematisch und muss heute aus folgenden Gründen hinterfragt werden:

1. Zunehmend werden sogenannte teure menschliche Arbeitsplätze wegrationalisiert. Die Verteuerung der menschlichen Arbeit durch Lohnprozente hat die Grenzen erreicht. Dies zumindest heute, weil es eine der wichtigsten Aufgaben der Zukunft sein wird, der menschlichen Arbeit wieder den bedeutenden Stellenwert zu geben, welchen sie bisher in der Geschichte innehatte.

2. Der Anteil der arbeitenden Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung nimmt ab, einerseits wegen der zunehmenden Zahl von Arbeitslosen, andererseits wegen der anteilmässig grösser werdenden älteren Generation. Immer weniger Arbeitende müssen also für immer mehr Nichtarbeitende einen immer grösseren Anteil an Sozialabgaben abliefern.

3. Die Forderung von uns Grünen, dass die Finanzierung der Sozialwerke grundsätzlich überdacht und neu abgestützt werden muss, ist dringlich, wenn wir diese Sozialwerke langfristig nicht gefährden wollen. Die Forderung von uns Grünen ist, dass durch ökologisch bestimmte Ressourcensteuern, bei-

spielsweise auf Energieträgern, eine sinnvolle zusätzliche Finanzierungsquelle für die Sozialwerke erschlossen wird.

Ein zweiter Unterschied: Bei der Initiative bezahlt die öffentliche Hand zukünftig fix einen Viertel an die gesamten Kosten der Krankenversicherung. Das scheint uns Grünen notwendig und angemessen. Bei der Bundesratsvorlage wird ein Bundesbeitrag von 2 Milliarden Franken vorgesehen. Dies bedeutet gegenüber dem heutigen, noch bis 1994 geltenden Bundesbeitrag eine Erhöhung um 700 Millionen Franken. Allerdings soll dieser Beitrag alle vier Jahre vom Parlament neu festgesetzt werden, und gerade in Zeiten der Rezession muss befürchtet werden, dass an diesem Betrag gespart werden könnte.

Ein dritter Unterschied: Die Initiative verlangt eine obligatorische Krankengeldversicherung für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, wie dies bereits bei der Unfallversicherung realisiert ist.

Auch wir Grüne treten dafür ein, dass sowohl bei Unfall als auch bei Krankheit eine finanzielle Sicherheit bestehen muss. Allerdings sind wir der Meinung, dass nicht nur Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in den Genuss dieser Sicherheit kommen sollen. Deshalb engagieren wir Grünen uns für ein garantiertes Mindesteinkommen für alle, welches mit einem wesentlichen Beitrag aus ökologischen Abgaben finanziert werden könnte. Damit könnten die Lohnarbeit verteuern und belastende Lohnprozente für AHV, Arbeitslosenkasse, Unfallversicherung usw. wesentlich abgebaut werden.

Schliesslich würde die Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung» zu einer gewissen Einschränkung der finanziellen Selbstständigkeit der Kassen führen. Für uns Grüne wäre dies akzeptabel, haben doch die Kassen in den letzten Jahren wenig Verantwortung bewiesen, etwa durch die Gründung einer Vielzahl von Klein- und Billigkassen, was die massive Entsolidarisierung zunehmend verschärft hat, oder auch durch die Krankenkassen-Initiative, welche ja nur eine massive Erhöhung der Bundessubventionen im Giesskannensystem erhalten wollte. Das Volk hat den Kassen ja eine sehr deutliche Abfuhr erteilt. Mit der Initiative würde auch die Intransparenz im Finanzierungssystem des Gesundheitswesens, wie sie heute herrscht, deutlich abgebaut.

Die wichtige kostendämpfende Massnahme bei der Initiative besteht darin, dass der Bund und die Kantone gemeinsam verbindliche Planungen für Spitäler und teure Technologien festlegen sollen. Damit kann erreicht werden, dass regional überdotierte, teure Akutbetten abgebaut und kostspielige Investitionen für hochspezialisierte Abklärungen und Behandlungen auf entsprechend wenig Zentren konzentriert werden könnten.

Es zeigt sich heute deutlich, dass das Uebertragen von zuviel Eigenverantwortung an die Leistungserbringer unsere soziale Krankenversicherung in einen desolaten Zustand gebracht hat. Weitere Deregulierungen, wie wir sie von den USA kennen, führen sowohl sozial als auch finanziell in eine Katastrophe. Eine feste Lenkung durch Politik und Staat ist unerlässlich, gerade in Zeiten der Rezession, damit die sozialen Anliegen nicht unter die Räder geraten. Verglichen mit der Initiative geht der Vorschlag des Bundesrates in eine akzeptable Richtung und ist vor allem schneller zu realisieren.

Falls sich abzeichnet, dass die Vorlage des Bundesrates mit einigen Verbesserungen verabschiedet werden kann, werden wir Grünen dieser den Vorzug geben. Der Wille zu einer guten Revision wird also zur Nagelprobe für unser Parlament, aber auch für alle Beteiligten im Gesundheitswesen. Da wir diesbezüglich aufgrund der Erfahrungen der letzten zehn Jahre gebrannt Kinder sind, will die grüne Fraktion im jetzigen Zeitpunkt keine endgültige Entscheidung fällen.

Die Mehrheit der grünen Fraktion hält sich deshalb den Weg über die Initiative offen und stimmt heute, obschon mit wenig Begeisterung, der Initiative zu.

Stieber: Kollege Borer Roland hat gesagt, diese Initiative sei ein Fingerzeig; ich würde dies bestätigen. Es ist ein Fingerzeig oder ein Zeigefinger. Deshalb beantrage ich namens der Minderheit der LdU/EVP-Fraktion Zustimmung zu dieser Initiative. Einige wenige Ueberlegungen dazu: Es ist uns allen klar, dass es im Bereich Sozialversicherung einen Patienten oder eine

Patientin gibt, die schwierig ist, die ein wenig hypochondrisch ist und vielleicht doch ein wenig liebenswert – eben die Krankenversicherung. Wir haben dieser Patientin in vergangener Zeit einige Notspritzen verpasst oder verabreicht. Wir haben versucht, durch den Risikoausgleich unter den Kassen die Solidaritäten neu zu beleben. Wir haben versucht, diese Patientin mit Dringlichkeitsmassnahmen vor einem Kollaps zu verschonen. Nun, was einem Arzt gelingen kann, nämlich einem Sterbenden wieder aufzuhelfen, wird vielleicht auch uns gelingen, indem wir ein neues Gesetz machen. Dazu bietet diese Initiative wohl einen Weg.

Wenn wir der Krankenversicherung den Spiegel der Wahrheit vorhalten, dann muss sie doch ein wenig erröten, weil es mit dem sozialen Versicherungsschutz bestimmt nicht sehr weit her ist. Ein Beispiel dazu: Ein Waadtländer Ehepaar bezahlt zweieinhalbmal mehr Prämien als ein Ehepaar im Bündnerland. Der Unterschied macht im Jahr etwa 3000 Franken aus. Nun, 3000 Franken würden ausreichen, um einige Tage Ferien für Rheumakranke zu machen oder um seinen Kleinwagen abzubezahlen oder möglicherweise um die nicht sehr niedrige Prämie im Baselland zu bezahlen.

Die Betroffenen fragen natürlich nicht nach den Ursachen, sondern sie stellen ganz einfach fest, dass sie ein Loch in der Kasse oder im Portemonnaie haben, und sie stellen womöglich fest, dass es im Medizinwesen Menschen gibt, die ihre Kasse sehr schön fit halten können.

Ich denke zuerst an die Schwächsten in unserem Lande, an diejenigen, für die diese Prämien tatsächlich eine Last bedeuten und die möglicherweise eines Tages den Krankenversicherungen den Rücken kehren – ich habe es meistens mit solchen Leuten zu tun – und dann Gefahr laufen, fürsorgeabhängig zu werden. Was das hinsichtlich Selbstwertgefühl bedeutet, ist uns allen klar.

Dann denke ich auch an den Arbeitsmarkt: Selbst Menschen aus dem Mittelstand haben heute Mühe, die Prämien zu bezahlen.

Es dünkt mich auch, dass die Initianten plausibel gemacht haben, dass hier mit angemessenen Mitteln Abhilfe geschaffen werden kann. Ein Beispiel: Bisher bezahlt die Familie Schweizer, eine vierköpfige Familie, im Monat 500 bis 600 Franken Prämien. Gemäss Krankenkassen-Initiative würde sich der Betrag senken, es wären noch 180 Franken. Das macht nach Adam Riese im Jahr den Betrag von sage und schreibe 3800 Franken Prämienentlastung aus. Zudem liegt zum Beispiel im Krankheitsfall die Kostenbeteiligung bei 20 Prozent. Das macht für Herrn Schweizer, wenn er krank werden sollte, den Betrag von 340 Franken aus. Da müsste man tatsächlich sagen: Eine solche Versicherung verdient den Namen; sie hält, was sie verspricht.

Nun, ich möchte nicht sagen, diese Initiative habe nicht auch ihre Mängel und Fehler. Aber nachdem ich jetzt neu mitbekommen habe, dass es immer um die Finanzierung geht, um Finanzen und Geld – ein bisschen unbiblisches –, ist doch zu betonen, dass erst bessere Vorschläge auf den Tisch kommen sollten. Für mich gilt ganz einfach die Devise: Wer mehr verdient, soll mehr bezahlen, wer weniger verdient, bezahlt weniger. Ich denke im zweiten Fall in erster Linie an Familien, Rentner, an Menschen, die die Prämien vom Munde absparen. Deshalb bitte ich Sie im Namen der LdU/EVP-Fraktion, der Initiative zuzustimmen.

Frau Dormann: Mit der Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung» steht uns erneut ein Rezept zur Heilung unserer angeschlagenen Krankenversicherungsgesetzgebung zur Verfügung. Die CVP-Fraktion hat dieses Rezept geprüft und ist vor allem aus drei Gründen zum Schluss gekommen, es nicht zur Anwendung zu empfehlen.

Der erste Grund liegt in formellen Gesichtspunkten: In Artikel 34bis der Bundesverfassung wird der Bund beauftragt, die soziale Krankenversicherung und Unfallversicherung gesetzlich zu regeln. Diese Norm ist sehr weit gefasst. Konkret heisst das: Artikel 34bis würde als verfassungsmässige Grundlage ausreichen, die Forderungen der Initianten auf der Stufe des Gesetzes zu verwirklichen, mit einer Ausnahme: die Kompetenz des Bundes für Spitalplanungen.

Eine Teilrevision der Verfassung rechtfertigt sich daher nicht und würde für die effektive Problemlösung lediglich eine zeitliche Verzögerung mit sich bringen. Sie wissen, dass die Totalrevision der Krankenversicherung in dieser Session vom Ständerat behandelt wird. Mit der Annahme der Initiative würde nicht nur unsere Verfassung unnötig mit Forderungen aufgestockt, die auf Gesetzesstufe realisierbar sind, sondern die kausale Behandlung unserer chronisch kranken Krankenversicherung würde verzögert.

Der zweite Grund liegt im materiellen Bereich der Initiative. Sie wissen, dass unsere Krankenversicherung vor allem unter finanzieller Ueberforderung und Ueberbelastung leidet. Mit der Annahme der Initiative würde dieser Tatsache wenig Rechnung getragen. Durch die Umstrukturierung der Finanzierung von heutigen Pro-Kopf-Beiträgen auf Lohnprozente wird der Forderung nach Kostendämpfung im Gesundheitswesen nicht Rechnung getragen. Gleichzeitig würden die Krankenkassen ihre Stellung verlieren. Diese würden praktisch zu Durchlauf- und Abrechnungsstationen. Dadurch würde eine Konkurrenzsituation zwischen verschiedenen Krankenkassen im Interesse der Kostendämpfung ausgeschlossen. Auch verlieren die Krankenkassen infolge Verlustes ihrer wirtschaftlichen Selbständigkeit und Autonomie jegliches Interesse an der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der medizinischen Behandlung, eine Aufgabe, die gerade in jüngster Zeit von den Kassen vermehrt wahrgenommen wird.

Der dritte Grund, der die CVP-Fraktion bewogen hat, die Initiative abzulehnen, liegt in der Finanzierung der Lohnprozente. Dieses Modell hat zwar eine gewisse Komponente an Solidarität, die sympathisch ist, was wir respektieren. Dieses System bewährt sich ja in unserer AHV-Gesetzgebung ausgezeichnet. Aber was sich in einem Fall bewährt, muss sich nicht folgerichtig beim anderen auch positiv auswirken. Bei der AHV-Gesetzgebung ist die Vorgabe der Leistung klar durch die Höhe der Renten gegeben. Bei der Krankenversicherung kann die Vorgabe der Leistung im allerbesten System nicht klar festgelegt werden, so dass eine Mengenausweitung, die zur Erhöhung der Lohnprozente führen würde, nicht genügend in den Griff zu bekommen wäre.

Die Initiative sieht vor, dass sich Arbeitnehmer und Arbeitgeber häufig in die Beiträge teilen. Im heutigen Zeitpunkt, in dem unserer Wirtschaft ein harter Wind entgegenschlägt, kann nicht von einer solchen Systemänderung gesprochen werden. Denn diese hätte zweifellos eine Verschlechterung der Rahmenbedingungen durch Verteuerung eines wichtigen Produktionsfaktors, nämlich der Arbeit, zur Folge. Sie würde unweigerlich zu einer weiteren Verminderung der Konkurrenzfähigkeit führen. Mit diesen Massnahmen würden im heutigen Zeitpunkt genau diejenigen getroffen, welche durch die Initiative entlastet werden sollten, nämlich die Arbeitnehmer der unteren Lohnkategorien.

Unsere Fraktion spricht aber der Initiative die positiven Inhalte nicht ab. Positiv beurteilen wir massgebende Punkte, nämlich das Obligatorium für die Krankenversicherung, den Wegfall der zeitlichen Begrenzung der Behandlungskosten, den Einschluss der spitalexternen Dienste, die Gewährleistung der Behandlungsfreiheit im Rahmen der Wirtschaftlichkeit durch Erlass von Tarif- und Abrechnungsvorschriften usw. Diese Forderungen sind aber bereits Inhalt der Vorlage zur Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes. Diese Revision ist auf guten Wegen.

Ich wage zu sagen, dass das Gesunde an der Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung» deren Wirkung im heutigen Zeitpunkt ist. Sie hängt wie ein Damoklesschwert über der Totalrevision und übt nicht nachlassenden Druck aus, damit wir unsere Krankenversicherung auch in Zukunft unter dem Gesichtspunkt der Solidarität ausgestalten.

Mit der Totalrevision haben wir eine echte Alternative. Der Ständerat wird in dieser Session die Totalrevision behandeln, eine Revision, die alle wesentlichen Punkte enthält, die heute zur Veränderung der Verhältnisse in unserem Krankenkassenwesen nötig sind. In diesem Sinne muss unser Nein zur Initiative gleichzeitig als Auftrag verstanden werden, die Totalrevision auf der Grundlage der bundesrätlichen Vorlage zu behandeln und zu verabschieden, da diese Revision Basis zur kau-

salen Behandlung unseres heute geltenden Krankenkassengesetzes ist.

Aus diesem Grunde empfehle ich Ihnen ein Nein zur Initiative, wie es die CVP-Fraktion einstimmig beschlossen hat.

Rychen: Tatsächlich, wir haben tiefgreifende Probleme im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung. Insbesondere ist die Entsolidarisierung weiterhin in vollem Gange, und wir haben die ungebremssten Kostensteigerungen alles andere als im Griff. Wir haben durchaus Verständnis dafür, dass auf diesem Gebiet Volksinitiativen lanciert werden, denn jedermann spürt: Wir können nicht so weiterfahren. Gewiss beinhaltet auch diese Initiative berechnete Anliegen. Wir alle müssen nämlich beachten, dass die Entwicklung im Gesundheitswesen zu sozialen Spannungen führen kann. Das wollen wir, hoffe ich, alle nicht.

Die SVP-Fraktion bekennt sich dazu, dass eine Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes notwendig ist. Wir werden uns bemühen, einen konstruktiven Beitrag zu leisten.

Warum lehnen wir von der SVP die vorliegende Initiative aber ab? Die wichtigsten Gründe sind schon dargelegt worden, ich brauche diese nicht zu wiederholen. Ganz besonders stösst bei uns die Finanzierung über Lohnprozente auf Widerstand. Wir glauben, dass diese Finanzierungsart in dreifacher Hinsicht ein falscher Weg ist.

1. Die Erwerbstätigen sollen erneut zugunsten der Nichterwerbstätigen belastet werden. Dabei vergessen wir, dass es gar nicht so selten vorkommt, dass Rentner materiell besser gestellt sind als z. B. junge Familien.

2. Mit dem System der Lohnprozente wird das Sparen im Gesundheitswesen noch schwieriger, und es ist schon schwer genug. Die Kantone wären kaum sehr daran interessiert, das unselbige Ausgabenwachstum bei den Spitälern endlich zu bremsen. Wir müssen nach neuen Finanzierungsprinzipien suchen, die jene an die Kandare nehmen, die immer mehr Leistungen wollen.

3. Die Kosten würden voraussichtlich noch mehr steigen; wir glauben, dass jene Schätzungen stimmen, die von 5 bis 6 Prozent Lohnabzug sprechen. Das ist weit mehr, als die heutigen Kosten ausmachen.

Die Initiative würde zwar eine sozial diskutabile Umlagerung und Umschichtung der Kosten bringen, leider aber keine Kosteneinsparungen, im Gegenteil: zusätzliche Kostensteigerungen wären die Folge.

Aus diesen Ueberlegungen lehnt die SVP-Fraktion diese Initiative einstimmig ab.

Jöri: Der bald zehn Jahre alte Forderungskatalog der Initiative «für eine gesunde Krankenversicherung» passt immer besser in die sozialpolitische Landschaft. Das bemerkte offensichtlich auch der Bundesrat; deshalb kommt die Landesregierung in ihrer Botschaft zur Revision des KUVG den meisten Begehren der Initianten entgegen. Besonders die dringend notwendige Einführung des Versicherungsobligatoriums zur Stärkung der Solidarität ist in Sichtweite. Sie ist eine von unserer Seite seit langem gestellte Hauptforderung an eine soziale Krankenversicherung.

Wo liegen die wesentlichen Unterschiede zwischen der Revision des KUVG und der Initiative? Die Initiative will die Krankenkassenbeiträge endlich gemäss der wirtschaftlichen Kraft der Versicherten erheben. Das heute geltende Kopfpriemien-system benachteiligt Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen sowie Familien massiv. Der Bundesrat hält in seinem Entwurf zur Revision des KUVG hingegen an der unsozialen Kopfprämie fest, will aber alle Bundessubventionen für Prämienverbilligung aufwenden. Dies führt dazu, dass über 50 Prozent der Versicherten ihre Krankenkassenprämie nicht mehr aus selber erwirtschafteten Mitteln bestreiten können und vom Staat direkt finanziell abhängig werden.

Das zeigt deutlich, wie sehr die heutige Prämienbemessung objektiv nicht mehr haltbar ist. Das in Europa einzigartige Kopfpriemien-system der Schweiz hat ausgedient, es muss von der Prämienbemessung nach der wirtschaftlichen Kraft der Versicherten abgelöst werden.

Die Kosten im Gesundheitswesen sind auch in Zukunft nur bis zu einem gewissen Punkt gleichmässig auf alle Individuen verteilbar. Heute sind wir an einem Wendepunkt angekommen, wo für die Mehrheit der Versicherten und insbesondere für wirtschaftlich Schwächere und Familien die Rechnung insgesamt schlicht nicht mehr bezahlbar wird.

Die in der KUVG-Revision vorgeschlagene Lösung – mit Prämienbeihilfen – ist sozial zwar gutgemeint, aber effektiv nur ein letztes Aufbäumen gegen den nötigen Systemwechsel. Realistisch betrachtet wird die Kostendämpfung auch in Zukunft nur bedingt greifen können, es sei denn, wir würden den Standard unseres Gesundheitswesens senken oder wir rationieren das Angebot bei den betagten Menschen.

So wird z. B. unverfroren verlangt, die betagten Menschen seien, da sie einen lästigen Kostenfaktor darstellen, aus der sozialen Krankenversicherung auszuschliessen. Diese in letzter Zeit gehörten Gedankenspiele sind aber akademische Fingerübungen von Oekonomieprofessoren, die am Schreibtisch versuchen, eine neue Sozialpolitik zu entwerfen, die diesen Namen sicher nicht verdient.

Die Kosten werden hoch bleiben, und unsere vordringlichste Aufgabe wird es sein, diese Kosten sozial einigermaßen gerecht aufzuteilen, d. h. nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Das ist die Stossrichtung der Initiative!

Berechnungen aus dem Jahre 1985 zeigen, dass alleinstehende Lohnabhängige bis zu einem Lohn von 5000 Franken pro Monat besser fahren würden und Familien, beispielsweise mit zwei Kindern, bis zu einem Einkommen von 12 000 Franken, d. h. bis weit in mittlere Einkommen hinein. Mit diesem Systemwechsel könnte mehr als die Hälfte der Bevölkerung mit günstigen Prämien rechnen.

Auch Umfragen zeigen ganz klar: Der Systemwechsel muss stattfinden. Wenn man die Leute fragt, ob sie finden, dass Gutverdienende mehr und Schwächere weniger bezahlen müssen, dann sagen sie in der Mehrheit ja.

Der heftigste Widerstand gegen den Wechsel kommt von den Arbeitgebern, die nicht bereit sind, die Prämien hälftig mit den Arbeitnehmern mitzutragen. Höhere Arbeitgeberbeiträge seien aus wettbewerbspolitischen Gründen nicht verkraftbar – schon gar nicht in einem Hochlohnland wie der Schweiz.

Ein «NZZ»-Artikel vom 19. März 1992 mit dem Titel «Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich» dokumentiert, dass die Schweizer Arbeitgeber mit ihren Sozialversicherungsbeiträgen ganze 8,8 Prozent der nationalen Gesundheitsausgaben mittragen, im Vergleich zum europäischen Durchschnitt von 31,9 Prozent. Berücksichtigt man zusätzlich die direkten Arbeitgeberzahlungen bei Krankheit, Unfall, Invalidität und Mutterschaft, so zahlen die europäischen Arbeitgeber durchschnittlich 45,4 Prozent der Gesundheitsleistungen; in der Schweiz sind es lediglich 24 Prozent. Umgekehrt sind die Sozialbeiträge unserer Arbeitnehmer mit 33,7 Prozent doppelt so hoch wie der europäische Durchschnitt.

Die «NZZ» interpretierte die zitierten Zahlen mit dem absolut richtigen Untertitel: «Schwache Belastung der Arbeitgeber durch Gesundheitsausgaben». Wer also von unverkraftbaren und wettbewerbsbehindernden Beiträgen der Arbeitgeber redet, sollte bitte auch diese zitierten Zahlen zur Kenntnis nehmen und dann das Urteil fällen.

Wer dann ausweichend auf die vergleichsweise hohen Schweizer Löhne verweist, sollte nicht übersehen, dass wir zugleich mit Abstand die längsten Arbeitszeiten haben, mit Abstand die kürzesten Ferien gewähren, praktisch keinen Produktivitätsausfall infolge Streiks haben und ein Hochmietzinsland sind, in dem die Mieter in ihrem Mieterleben etwa dreimal jemandem den Wert ihrer Mietwohnung zurückzahlen.

Ich fasse zusammen: Der Spielraum der Arbeitgeber zur Übernahme der nach der wirtschaftlichen Stärke der Versicherten berechneten Krankenkassenprämien ist vorhanden. Ein Systemwechsel ist im heutigen Zeitpunkt nicht nur sozialpolitisch vordringlich, sondern auch verkraftbar.

Was die Revision des KUVG in bezug auf die Prämienbemessung und die Prämienverbilligung anbietet, ist von uns aus gesehen ungenügend. Millionen Versicherte würden zu einer Art Sozialhilfeempfänger. Sie sträuben sich selber gegen diese unerwünschte Abhängigkeit vom Staat.

Diese Überlegungen bekommen in der jetzigen Situation noch ein besonderes Gewicht. Ueber 120 000 arbeitslose Menschen, über eine halbe Million Mitbürger und Mitbürgerinnen, die unter der neuen Armut leiden, warten gespannt auf unseren Entscheid. Diese am härtesten Betroffenen wie auch jene anderen Kreise bis weit in den Mittelstand, die von den Krankenkassenprämien finanziell total überfordert sind, hoffen heute auf ein Zeichen der Solidarität. Sie hoffen auf einen ersten Schritt auf dem Weg zu einer Krankenversicherung mit gerechter Prämienbemessung und nicht mit Prämienbeihilfen an über 50 Prozent der Versicherten, die die sozial ungerechte Verteilung der Kosten kaschieren und zementieren.

Gehen Sie bei Ihrer Meinungsbildung nicht allzu leichtfertig über diese Tatsachen hinweg. Vertiefen Sie nicht unnötigerweise den Graben zwischen jenen, die es geschafft haben, und jenen, die es nicht geschafft haben und es nie schaffen werden, sei es bei der Bezahlung der hohen Mieten oder der hohen Krankenkassenprämien oder generell bei der Sicherung des Existenzminimums aus eigener Kraft. Das sollte immer noch das Ziel eines Sozialstaates sein.

Sie tragen die politische Verantwortung für den Entscheid, ob wir heute einen wichtigen Schritt in diese Richtung tun oder ob wir eine immer grössere Zahl unserer Mitbürgerinnen und Mitbürger in eine unerwünschte Abhängigkeit gegenüber dem Staat führen. Wir bieten mit unserer Initiative den Ansatz zu einer Lösung im Bereich der Krankenversicherung. Die Idee der Finanzierung der Prämien nach der wirtschaftlichen Stärke der Versicherten müsste meines Erachtens vertiefter und seriöser, als dies in der Vergangenheit geschehen ist, studiert und einer für alle akzeptablen Lösung zugeführt werden.

Im Sinne meiner Ausführungen bitte ich Sie, den Minderheitsantrag Leuenberger Ernst zu unterstützen.

M. Cotti, conseiller fédéral: Je ne voudrais pas reprendre la discussion en matière de caisses-maladie qui a lieu régulièrement bientôt dans toutes les sessions et je me limite à l'essentiel. Quelles sont les raisons pour lesquelles le Conseil fédéral vous recommande de rejeter l'initiative du Parti socialiste et de l'Union syndicale suisse? Il y a une raison formelle, mais je ne veux pas trop y insister: il n'y a aucune nécessité de toucher à la constitution quand les objectifs qui concernent tout le monde dans cette salle peuvent être atteints par une simple révision législative. En outre, certaines raisons matérielles sont liées à ces mêmes objectifs. Je résume ces objectifs: avant tout, bien sûr, le fait d'établir davantage de solidarité dans une assurance sociale qui porte ce nom de sociale de manière certainement usurpée. Alors, nous savons que le projet du Conseil fédéral introduit toute une série de mesures qui permettent d'améliorer substantiellement le caractère social de l'assurance-maladie. Le projet, au contraire de l'initiative populaire par le fait qu'elle introduit un système de financement qui n'est pas acceptable, nous éloigne de cette vision plus sociale. Prenez le fait que, par le système qu'elle propose, l'initiative populaire tend à réaliser un système centralisé qui va aboutir à une sorte de caisse nationale unique, avec des conséquences au niveau du contrôle des coûts et donc finalement des conséquences sociales que je vous laisse imaginer. D'ailleurs, le système de financement est l'élément de base qui nous fait dire non. Je pense que nous avons suffisamment répété que les déductions de salaire sont une structure dans laquelle on a désormais suffisamment puisé et l'élargir dans le cadre d'un système nouveau qui est celui de l'assurance-maladie ne serait pas proposable. Je rappelle d'ailleurs que déjà au niveau – délicat – de l'assurance-chômage, on a dû récemment toucher aux déductions de salaire en les augmentant et dans un avenir qui n'est pas très lointain, qui sait, peut-être aussi au niveau de l'AVS, les déductions de salaire pourraient être touchées.

Donc, gardons ce système de financement loin de l'assurance-maladie; les propositions de la révision totale du Conseil fédéral assurent d'ailleurs toutes les garanties sociales parce que les subventions de la Confédération seront désormais versées directement aux catégories de revenus qui en ont effectivement besoin. Il n'y aura plus l'arrosoir actuel qui est certainement périmé.

L'initiative touche par les déductions de salaire d'une manière trop forte aussi l'économie dans un moment qui serait le plus malvenu et M. Keller Rudolf a parfaitement raison lorsqu'il dit que l'initiative se trouve là aussi face à la situation économique tout à fait «quer in der Landschaft». C'est une affirmation que je souligne trois fois.

Au niveau de la maîtrise des coûts, deuxième grand objectif de l'initiative, et aussi de la proposition du Conseil fédéral, il n'y aura aucune amélioration parce que, je viens de le dire, les assurés n'auront plus aucun intérêt à réduire les coûts, du fait du système automatique et étatisé qui sera créé. Or, nous l'avons dit plusieurs fois et nous le répétons ici, l'objectif essentiel de la révision du Conseil fédéral, c'est de conserver un système excellent en l'améliorant dans deux secteurs – maîtrise des coûts et solidarité – qui sont les deux seuls secteurs défailants de ce même système. On reviendra bien sûr là-dessus plus tard.

J'arrive déjà à la conclusion avec trois observations: les propositions du Conseil fédéral, nous l'avons entendu ici, ont été faites de manière approfondie et je pense qu'elles continuent à recueillir un très large consensus. Je dis cela avec une certaine satisfaction parce que la semaine prochaine le Conseil des Etats va se pencher sur les propositions du Conseil fédéral et nous pouvons constater que les propositions de la commission du Conseil des Etats reprennent presque intégralement celles du Conseil fédéral. Il y aura bien sûr deux ou trois pierres d'achoppement, mais nous espérons qu'avec le consentement et l'aide du Conseil national on réussira à éliminer aussi ces quelques rares points de divergence. La commission du Conseil des Etats a d'ailleurs fait un travail extraordinaire aussi dans le temps. En effet, en moins d'une année, elle aura réussi à faire face à une tâche difficile et dure, et je tiens d'ores et déjà à lui rendre hommage.

En conclusion, je constate qu'au niveau des caisses-maladie, à chaque session, nous sommes confrontés dans ce conseil à des douches écossaises. Il y a deux mois, dans cette même salle, les accrochages étaient la règle et vous vous rappelez que les divisions avaient largement entamé l'unité de ce conseil. Aujourd'hui, l'harmonie règne à nouveau dans cette salle. Les interventions de presque tous les porte-parole des groupes, excepté les plaidoiries d'office de MM. Jöri, Leuenberger Ernst ou Sieber, ont reflété l'union qui s'est faite autour du Conseil fédéral, et je les en remercie. Je rappellerai toutefois que, prochainement, on pourrait se retrouver confronté aux difficultés en commission. C'est bien la raison pour laquelle le Conseil fédéral a introduit une petite phrase, à la fin du message, que je tiens à vous redire ici: «si les efforts de réforme entrepris devaient, par la suite, se heurter à des obstacles insurmontables, le Conseil fédéral pourrait éventuellement être amené à réexaminer sa position envers l'initiative.» C'est précisément ce qu'a dit M. Borer Roland, «Fingerzeig» de l'initiative. Nous allons tout de même attendre avant de la soumettre au peuple. Si les propositions substantielles du Conseil fédéral ne trouvaient pas grâce auprès des deux conseils – et surtout du Conseil national, désormais, l'accord du Conseil des Etats pouvant être tenu pour acquis – on pourrait revenir sur une initiative qui essaie cependant d'atteindre des objectifs absolument essentiels et urgents.

Rappelons-nous tout cela. L'initiative a tout de même quelques avantages, et avant tout celui de représenter, pour beaucoup de personnes dans ce pays, une espèce d'épée de Damoclès qui n'est pas tout à fait inutile face aux difficultés traditionnelles auxquelles nous sommes confrontés en matière de caisse-maladie.

Il y a donc cette petite phrase, à la fin du message, que je voulais quand même rappeler au Conseil national ainsi qu'à toutes celles et tous ceux qui vont bientôt se pencher sur les propositions du Conseil fédéral. Mais en général, tout le monde, mises à part les plaidoiries d'office, a reconnu que le projet du Conseil fédéral est meilleur que l'initiative, qu'il obtient les mêmes résultats en sauvegardant le système libéral dans lequel nous vivons, et je tiens à remercier tous ceux qui, dans le cadre de cette harmonie, ont applaudi au projet du Conseil fédéral. Pour terminer, je dirai encore un mot à Mme Gonseth, qui a rappelé un fait essentiel à mes yeux, dans ces moments de

crise économique et financière. Elle a dit qu'il fallait éviter de faire tomber notre système d'assurance-maladie dans les catastrophes à l'américaine où une partie importante de la population ne jouit d'aucune solidarité et d'aucune assurance, et qu'il serait vain de vouloir faire payer les frais de la crise actuelle aux plus faibles et aux plus pauvres. Madame Gonseth, je tiens à vous dire que je partage entièrement le voeu que vous avez exprimé et que la bataille du Conseil fédéral tout entier sera bien celle d'éviter le mal que vous avez indiqué comme possible. Je ne pense pas que cela se vérifiera parce que je crois au sens des responsabilités du Conseil fédéral, du Parlement et, finalement, du pays tout entier.

Eintreten ist obligatorisch

L'entrée en matière est acquise de plein droit

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

Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Minderheit

(Leuenberger Ernst, Béguelin, Brunner Christiane, von Felten, Gonseth, Jöri, Rechsteiner, Sieber)

... die Volksinitiative anzunehmen.

Art. 2

Proposition de la commission

Majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité

(Leuenberger Ernst, Béguelin, Brunner Christiane, von Felten, Gonseth, Jöri, Rechsteiner, Sieber)

... d'accepter l'initiative populaire.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit

76 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit

46 Stimmen

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Entwurfes

75 Stimmen

Dagegen

41 Stimmen

An den Ständerat – Au Conseil des Etats

Schluss der Sitzung um 21.00 Uhr

La séance est levée à 21 h 00

91.070

**Für eine gesunde Krankenversicherung.
Volksinitiative****Pour une saine assurance-maladie.
Initiative populaire**

Siehe Seite 2413 hiervor – Voir page 2413 ci-devant
Beschluss des Ständerates vom 18. Dezember 1992
Décision du Conseil des Etats du 18 décembre 1992

Schlussabstimmung – Vote final

Für Annahme des Entwurfes	104 Stimmen
Dagegen	42 Stimmen

An den Bundesrat – Au Conseil fédéral

**Ständerat
Conseil des Etats**

Sitzung vom 12.03.1992
18.12.1992 (Schlussabstimmung)

Séance du 12.03.1992
18.12.1992 (Vote final)

Siebente Sitzung – Septième séance

Donnerstag, 12. März 1992, Vormittag
Jeudi 12 mars 1992, matin

08:00 h

Vorsitz – Présidence: Frau Meier Josi

91.070

Für eine gesunde Krankenversicherung. Volksinitiative

Pour une saine assurance-maladie. Initiative populaire

Botschaft und Beschlussentwurf vom 6. November 1991 (BBI IV 985)
Message et projet d'arrêté du 6 novembre 1991 (FF IV 961)

Schiesser, Berichterstatter: Im Bereich der Krankenversicherung folgen sich die Ereignisse wahrlich Schlag auf Schlag. In der vergangenen Wintersession haben wir in einer beispiellosen Hektik ein Sofortprogramm durchgepaukt. Nach einem harten, teilweise überbordenden Abstimmungskampf haben Volk und Stände am 16. Februar die Volksinitiative «für eine finanziell tragbare Krankenversicherung (Krankenkassen-Initiative)» deutlich abgelehnt. Mit diesem Entscheid hat das Schweizer Volk nochmals klar zum Ausdruck gebracht, dass es im Bereich der Krankenversicherung nicht irgendwelche einseitigen, verführerischen Lösungen wünscht. Vielmehr ist aus dem Abstimmungsergebnis des 16. Februars der Schluss zu ziehen, dass das Volk dem Parlament auch nach der Verwerfung einer entsprechenden Vorlage im Jahre 1987 nochmals eine Frist einräumt, um gestützt auf die Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung, datiert vom 6. November 1991, eine Revisionsvorlage auszuarbeiten, die zu einer wesentlichen Entschärfung der brisanten Situation im Gesundheitswesen beiträgt.

Noch ist kein Monat seit dieser Abstimmung vergangen, und schon hat unser Rat zu einer weiteren Volksinitiative Stellung zu nehmen. Am 17. März 1992 wurde die vorliegende Volksinitiative mit über 103 000 gültigen Unterschriften eingereicht. Gestützt auf Artikel 28 des Geschäftsverkehrsgesetzes haben die eidgenössischen Räte diese Volksinitiative innert eines Jahres seit dem 16. Februar 1992, also dem Abstimmungsdatum, zu behandeln. Ein Zuwarten, bis Klarheit darüber besteht, welches Schicksal der vom Bundesrat mit Botschaft vom 6. November 1991 unterbreiteten Vorlage beschieden sein wird, ist aus diesem Grunde nicht möglich.

Die Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung» bezweckt, den bisherigen Artikel 34bis der Bundesverfassung durch eine ausführliche Bestimmung zu ersetzen, die neben der obligatorischen Unfallversicherung für alle Arbeitnehmer folgende Hauptpunkte enthält:

- obligatorische Krankenpflegeversicherung für die gesamte Bevölkerung,
- obligatorische Krankengeldversicherung für alle Arbeitnehmer,
- Finanzierung durch Beiträge der Versicherten nach Massgabe der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, de facto also Lohnprozente, sowie durch feste Beiträge des Bundes und allenfalls der Kantone,
- einen Gesetzesvorbehalt für die Beteiligung der Versicherten an den Kosten, und schliesslich

e. Gewährleistung der Behandlungsfreiheit im Rahmen der Wirtschaftlichkeit durch Erlass von Tarif- und Abrechnungsvorschriften und die Möglichkeit des Erlasses verbindlicher Spitalplanungen.

Ihre Kommission hat zwei Vertretern der Initianten Gelegenheit gegeben, die Initiative zu erläutern. Aufgrund ihrer einlässlichen Beratungen beantragt Ihnen die Kommissionsmehrheit (mit 8 zu 1 Stimmen bei 2 Enthaltungen), dem Antrag des Bundesrates zu folgen und die Initiative Volk und Ständen zur Verwerfung zu empfehlen.

Ihre Kommission anerkennt durchaus, dass die Volksinitiative verschiedene Forderungen enthält, die mit dem bundesrätlichen Vorschlag zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes übereinstimmen. Erwähnt seien etwa die Forderung nach einem Obligatorium in der Krankenpflegeversicherung und die damit verbundene verstärkte Solidarität oder die in Absatz 2 von Artikel 34bis enthaltenen Grundsätze der Behandlungsfreiheit und Wirtschaftlichkeit.

Die Initiative weist indessen schwerwiegende Mängel auf, die ich im folgenden darlegen möchte:

1. Aus verfassungsrechtlicher Sicht ist die Initiative nicht erforderlich. Praktisch sämtliche in der Volksinitiative enthaltenen Forderungen liessen sich auf den heutigen Artikel 34bis der Bundesverfassung abstützen, der in weiser Voraussicht der sich stets wandelnden Lebensumstände offen und einfach formuliert worden ist.

Der Initiativtext ist sehr ausführlich und detailliert. Mit Annahme der Initiative würde ein eigentliches Leitbild zur Krankenversicherung in die Bundesverfassung aufgenommen. Leitbilder pflegen den Nachteil zu haben, dass sie, mindestens in einzelnen Teilbereichen, sehr bald überholt sind. Der Inhalt der Initiative gehört typischerweise auf die Gesetzesstufe und nicht in die Bundesverfassung.

2. Einen der Kernpunkte der Initiative stellt zweifellos das Finanzierungssystem dar. Anstelle des heutigen Prämiensystems soll zur teilweisen Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf ein System übergewechselt werden, das auf Beiträgen der Versicherten nach Massgabe ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit aufbaut. Bei Erwerbstätigen wäre das volle Erwerbseinkommen zur Bemessung des Beitrages massgebend. Der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin hätte mindestens die Hälfte dieses Beitrages zu übernehmen.

Obwohl der Wortlaut der Initiative nicht ausdrücklich von Lohnprozente spricht und obschon die Vertreter der Initianten durchblicken liessen, es sei allenfalls auch ein anderes Finanzierungssystem, beruhend auf der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, denkbar, verlangt die Initiative im Klartext doch nichts anderes als eine Finanzierung durch Lohnprozente. Dies hätte folgende Auswirkungen:

Die Ueberbindung mindestens der Hälfte des Arbeitnehmerbeitrages auf den Arbeitgeber hätte eine Erhöhung der Produktionskosten zur Folge. Je nach Ausgestaltung der Kostenbeteiligung der Versicherten nach Absatz 1 Ziffer 2 Buchstabe b sowie der Beitragsregelung für Nichterwerbstätige und Rentner ergäbe sich heute ein Beitragssatz zwischen 3,1 Prozent gemäss den Berechnungen der Initianten und 3,4 bis 3,6 Prozent gemäss Bundesrat. Die Hälfte davon, also 1,55 bis 1,8 Prozent, wären vom Arbeitgeber zu tragen. Bei einer AHV-Lohnsumme von rund 210 Milliarden Franken ergäbe dies einen Betrag zu Lasten der Arbeitgeber zwischen 3,3 und 3,8 Milliarden Franken.

Mit einer schwergewichtig auf Lohnprozente abgestützten Finanzierung würde eine grosse Zahl Versicherter günstiger fahren als mit dem heutigen Prämiensystem. Der grosse Nachteil einer Teilfinanzierung mit Lohnprozente liegt indessen darin, dass die Brutto Lohnkosten in unserem Lande entsprechend ansteigen werden, verbunden mit allen Konsequenzen an der Teuerungsfront infolge unseres Indexautomatismus.

Es drängt sich daher sehr wohl die Frage auf, ob ein solches Finanzierungssystem in einem Hochlohnland wie der Schweiz verwirklicht werden sollte. Wenn zahlreiche andere Länder dieses Finanzierungssystem kennen, so brauchen wir es deswegen noch nicht zu übernehmen.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil des von der Initiative vorgesehenen Finanzierungssystems ist der in Absatz 1 Ziffer 2 Buchstabe b festgelegte Mindestbeitrag des Bundes von einem Viertel der Ausgaben. In effektiven Zahlen macht dies heute etwa 3,3 Milliarden Franken aus. Die Kantone könnten am Bundesbeitrag beteiligt werden. Es ist klar, welches Ziel die Initianten mit dieser Bestimmung verfolgen. Durch die Festlegung eines Mindestsatzes in der Bundesverfassung sollen Sparmanöver des Parlaments ein für allemal ausgeschlossen werden. Der Bundesbeitrag würde unerbittlich mit den Kosten der Krankenpflegeversicherung ansteigen. Die jeweilige Finanzlage des Bundes wäre belanglos.

Der Wechsel vom Prämien- zum Lohnprozentsystem hätte aber auch anderweitige gravierende Auswirkungen, insbesondere bei den Krankenkassen. Diese würden ihre heutige Stellung verlieren und praktisch zu Durchlauf- und Abrechnungsstationen degradiert. Eine Konkurrenzsituation zwischen verschiedenen Kassen im Interesse der Kostendämpfung wäre ausgeschlossen. Auch verlören die Krankenkassen infolge Verlusts ihrer wirtschaftlichen Selbständigkeit und Autonomie jegliches Interesse an der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der medizinischen Behandlung.

Das in der Initiative vorgesehene Finanzierungssystem würde aber auch zu einer erheblichen Verschiebung der Kompetenzen im Gesundheitswesen führen. Das Schwergewicht würde sich eindeutig auf den Bund verlagern, die Kantone wären weitgehend nur noch Zahlstellen und Investoren im Bereich des Krankenhauswesens. Alle wichtigen Entscheidungen dem Bund zu. Als Illustration für diese kalte Kompetenzverschiebung mag die Formulierung in Absatz 2 dienen. Danach wären Kantone und Bund befugt, Tarif- und Abrechnungsvorschriften zu erlassen.

Auswirkungen ungeahnten Ausmasses hätte die Annahme der Initiative auf die heute regional unterschiedlichen Beitragssätze und Gesundheitskosten. Wir wissen, dass die Kosten des Gesundheitswesens je nach Region in der Schweiz erheblich variieren.

Demzufolge sind auch die Prämien der Krankenkassen regional abgestuft. Theoretisch liesse der Initiativtext regional unterschiedliche Beitragssätze zu. Aber auch die Vertreter der Initianten mussten eingestehen, dass regional unterschiedliche Lohnprozentansätze politisch kaum akzeptabel wären. In einem der AHV nachgebildeten Finanzierungssystem wäre es für den Bürger oder die Bürgerin schwer verständlich, weshalb in Glarus tiefere Lohnprozentansätze gelten sollten als etwa in Genf. Einheitliche Beitragssätze hätten jedoch zur Folge, dass Regionen, die heute tiefe Prämien und moderate Kosten im Gesundheitswesen aufweisen, an die hohen Gesundheitskosten anderer Regionen wesentlich beizutragen hätten. Die regionalen Umverteilungen namentlich zu Lasten ländlicher Regionen und zugunsten städtischer Gebiete wären enorm. Leider fehlen in diesem Bereich bis heute entsprechende Zahlen. Ein weiterer Mangel des mit der Initiative geforderten Finanzierungssystems besteht darin, dass es alternative Versicherungsmöglichkeiten, wie etwa ein Bonussystem, von vornherein ausschliesst.

Noch ein Wort zu Absatz 1 Ziffer 3 der Initiative, die eine obligatorische Krankengeldversicherung, ebenfalls basierend auf Lohnprozenten, vorsieht: Ihre Kommission vertritt die Auffassung, die Krankengeldversicherung solle gemäss dem Vorschlag des Bundesrates weiterhin freiwillig bleiben beziehungsweise Bestandteil sozialpartnerschaftlicher Vereinbarungen sein. Die Gründe, die das Parlament 1981 zur Ablehnung entsprechender Obligatorien veranlassten, gelten auch heute noch.

Abschliessend gestatte ich mir noch eine Bemerkung zu einem zeitlichen Aspekt: Die Kommissionsmehrheit glaubt, mit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes, wie sie vom Bundesrat beantragt wird, rascher zum Ziel zu gelangen als mit der Initiative. Nach ihrer Auffassung könnten damit auch derart einschneidende Systemänderungen, wie sie die Initiative verlangt, vermieden werden.

Voraussetzung dafür ist allerdings, dass es rasch gelingt, ein neues Finanzierungs- und Subventionskonzept zu verwirklichen, und zwar ohne Lohnprozente, ein Konzept, das zu einer

sozialpolitisch ebenbürtigen Lastenverteilung führt. Die Initiative hängt wie ein Damoklesschwert über der Arbeit des Parlaments. Sollte es nicht gelingen, einen tauglichen Vorschlag zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes auszuarbeiten, wie es im Vorfeld der Abstimmung vom 16. Februar 1992 von allen Seiten versprochen wurde, dann würden die Chancen der Initiative erheblich steigen. In diesem Sinne ist wohl auch die Aussage des Bundesrates auf Seite 27 der Botschaft zu verstehen, wonach er sich gegebenenfalls veranlasst sehen könnte, seine Haltung zur Initiative neu zu überdenken. Mit anderen Worten: Die Zeichen der Zeit sind unverkennbar; wer sie nicht wahrnehmen will, den belehrt das Volk!

Aus all diesen Gründen, die ich soeben dargelegt habe, beantrage ich Ihnen namens der Kommissionsmehrheit, dem Bundesrat zu folgen.

Piller, Sprecher der Minderheit: Ich habe heute die Ehre, anstelle unseres Kollegen Onken den Minderheitsantrag zu begründen. Herr Onken kann heute an der Ratssitzung nicht teilnehmen. Insbesondere bitte ich die Kommissionsmitglieder um wohlwollende Nachsicht, falls ich in der Kommission Ausdiskutiertes nochmals aufbringe, da ich ja nicht an den Kommissionssitzungen teilnehmen konnte.

Beginnen möchte ich meine Ausführungen mit einem Zitat von alt Bundesrat Tschudi aus einem kürzlich erschienenen Aufsatz über die Zukunft unseres Sozialstaates: «In der Krankenversicherung verursacht das ungebrochene, ungestüme Anschwellen der Aufwendungen schwerstes Bedenken. Die Gesamtkosten des Gesundheitswesens nähern sich 20 Milliarden Franken im Jahr. Diese Entwicklung belastet die Versicherten mit zu hohen Krankenkassenprämien und die öffentliche Hand mit zu grossen Defizitbeiträgen vor allem an die Spitäler. Anstrengungen zur effektiven Bremsung des Kostenanstiegs sind bisher am Widerstand der interessierten Kreise, der Aerzte und der Krankenkassenfunktionäre, sowie an der Passivität der Versicherten gescheitert. Man wird jedoch nicht das 21. Jahrhundert abwarten dürfen, um endlich eine Lösung dieser Probleme zu finden. Es ist allerdings zuzugeben, dass es sich nicht um spezifisch schweizerische Schwierigkeiten handelt. Die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft und die Zunahme der Zahl der Betagten führen in allen Ländern zu ähnlichen Erscheinungen. Schon daraus kann abgeleitet werden, dass die Sanierung nicht einfach sein wird. Doch bestehen zweifellos Möglichkeiten, sowohl ein sozialeres Finanzierungssystem als auch eine Beherrschung der Kosten zu erreichen.» So weit alt Bundesrat Tschudi.

Zweifellos haben Bundesrat Cotti und seine Verwaltung grosse Arbeit geleistet und Vorschläge erarbeitet, um dieses Problem, das sicher als schwerwiegend eingestuft werden muss, zu lösen. Ihm, der Kommission Schoch sowie dem Bundesamt für Sozialversicherung sei dafür herzlich gedankt.

Die Revisionsvorschläge des Bundesrates zur Krankenversicherung liegen heute vor und sollten vom Parlament zügig an die Hand genommen werden. Braucht es somit diese Initiative noch? Im Gegensatz zur Kommissionsmehrheit meine ich ja. Es gibt dafür zwei Gründe: einen politischen und einen materiellen.

Zum politischen Grund. Die vorliegende Initiative wurde in Anbetracht der grossen Probleme im Bereich der Krankenversicherung im Jahre 1986 eingereicht. Sie beinhaltet eine umfassende soziale Lösung der Probleme auf der Basis echter Solidarität. Wir wissen alle, wie oft gute Vorschläge des Bundesrates im Parlament verwässert oder oftmals bis zur Unkenntlichkeit verunstaltet werden, um dann in einem Referendum – wegen zu vieler eingegangener Kompromisse von keiner Seite genügend unterstützt – Schiffbruch zu erleiden.

Die Revisionsvorlage des Bundesrates, die in wichtigen Punkten nur unwesentlich von den Forderungen der Initianten abweicht, könnte deshalb das gleiche Schicksal erfahren. Bereits wurde entsprechende Opposition angemeldet. Alle diejenigen, die eine echte Reform wünschen, sollten die vorliegende Initiative schon aus diesem Grunde nicht einfach ablehnen. Die Initianten halten nach all den negativen Erfahrungen der letzten Jahre und Jahrzehnte mit gutem Grund – trotz den Vorschlägen des Bundesrates – an ihrer Initiative fest.

Zum zweiten Grund für ein Ja. Wie der Bundesrat in seiner Vorlage will diese Initiative folgende Hauptpunkte regeln: klare Trennung zwischen Grundversicherung und Zusatzversicherung; das Versicherungsobligatorium auf Bundesebene; eine vermehrte Solidarität bei der Beitragsleistung der Versicherten.

Im Gegensatz zur Vorlage des Bundesrates verlangt die Initiative auch ein Obligatorium für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Krankengeldversicherung. Die Initianten erachten die Krankengeldversicherung als äusserst wichtig und sind erstaunt, dass sie in der Vorlage des Bundesrates fehlt, dies, obwohl sie immer wieder gefordert und vom Bundesrat früher auch selber vorgeschlagen worden ist. In der heutigen Arbeitswelt erachten wir diese Forderung – insbesondere für Frauen im Erwerbsleben, die einer Teilzeitarbeit nachgehen – als gerechtfertigt und auch als dringlich.

Nachdem für die Krankenpflegeversicherung ein Obligatorium gewünscht wird, ist es unverständlich, weshalb von seiten des Bundesrates ein fakultatives Versichern vorgeschlagen wird. In diesem Punkte ist die Initiative – materiell gesehen – klarer und griffiger.

Der wesentlichste Unterschied zwischen der Vorlage des Bundesrates und der Initiative liegt nun allerdings bei der Finanzierung und dem damit verbundenen Instrumentarium zur wirkungsvollen Kosteneindämmung im Gesundheitswesen.

Erlauben Sie mir, dass ich hier noch einmal ein kurzes Zitat von alt Bundesrat Tschudi voranstelle. Er schreibt: «Die Krankenversicherung ist, abgesehen von der Militärversicherung, unsere älteste Sozialversicherung. Sie weist entsprechende Mängel auf. Bei langdauerndem Spitalaufenthalt erlöschen die Ansprüche an die Krankenkasse. Chronischkranke, die besonders auf Krankenpflegeleistungen angewiesen wären, werden ausgesteuert.» Die Vorlage des Bundesrates, die zurzeit vor den eidgenössischen Räten liegt, will diese Lücke schliessen.

Obwohl 97 Prozent der Bevölkerung Krankenkassen angehören, sind noch 200 000 Einwohner nicht versichert. Dabei handelt es sich weniger um reiche Leute, die die Krankenkosten selber bezahlen können, als um arme, vielfach betagte Mitbürger, denen die Aufbringung der Prämien schwerfällt. Bei einer länger dauernden Erkrankung müssen sie die Armenpflege in Anspruch nehmen.

Unbefriedigender als die Leistungen unserer Krankenversicherung ist deren Finanzierung. In allen Nachbarstaaten kennt man Familienversicherungen. Mit der vom Familienoberhaupt bezahlten Prämie sind auch Gattin und Kinder gegen Krankheit versichert. Dagegen besteht in der Schweiz eine Individualversicherung mit Kopfprämien. Dieses extrem familienfeindliche System hat zur Folge, dass die Krankenkassenprämien sich derart summieren, dass die einkommensschwächeren Familien sie kaum mehr aufbringen können. Ferner müssen in diesem System die Frauen um 10 Prozent höhere Prämien als die Männer entrichten. Herr alt Bundesrat Tschudi spricht von einem extrem familienfeindlichen System. Der Bundesrat will in seinem Vorschlag grundsätzlich an der Individualprämie, also an diesem extrem familienfeindlichen System, festhalten, zusätzlich aber Beiträge des Bundes für die Verbilligung von Prämien von Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen vorsehen. Es soll also im Grundsatz am heutigen System festgehalten werden. Mit einem kassenübergreifenden Ausgleichsmechanismus möchte der Bundesrat eine Solidarität zwischen jung und alt sowie zwischen Mann und Frau bewerkstelligen. Es ist wohl kaum daran zu zweifeln, dass ein grosser administrativer Aufwand mit entsprechender Kostenfolge unausweichlich wäre. Es soll ferner eine Belastungsgrenze in bezug auf das steuerbare Einkommen festgelegt werden. Voraussichtlich für 60 Prozent der Bevölkerung würde diese realistische Weise wohl doch überschritten, wenn man am Ziel tragbarer Prämien festhalten will. Dies geschieht, weil man das Pro-Kopf-Prämiensystem aufrechterhalten will. Betroffen wären vor allem auch unsere Familien, die wir dringlich entlasten sollten, wenn wir familienpolitisch etwas in Bewegung bringen wollen.

Die Initianten wollen klar eine Systemänderung. Die Beiträge der Versicherten sind nach Massgabe ihrer wirtschaftlichen

Leistungsfähigkeit zu bemessen. Bei Erwerbstätigen wird das Einkommen zur Bemessung herangezogen, wobei die Arbeitgeber die Hälfte übernehmen müssen. Das wollen die Initianten. Sie wollen einen Systemwechsel. Neu und echt familienfreundlich: Kinder zahlen keine Beiträge.

Die Initiative lässt offen, wie dies zu bewerkstelligen ist. Als mögliche Variante können, wie bei der AHV, Lohnprozente eingeführt werden. Es besteht sicher kein Zweifel, dass diese Lösung sauber, klar, einfach und sozial ist. Dass die Krankenkassen dabei etwas an Autonomie einbüßen, wird in Kauf genommen und muss an sich nicht negativ sein. Vieles kann vereinfacht werden, insbesondere in der Verwaltung dieser Kassen. Die Kassen selber bleiben aber als Anlaufstellen der Versicherten bestehen. Erlauben Sie mir, auf die Argumente der Gegner etwas einzugehen.

Wir wissen alle, dass unser Sozialstaat auf einer gesunden Wirtschaft basiert. Wir haben diese Woche den Aussenwirtschaftsbericht diskutiert. Auch die Kosten im Gesundheitswesen werden über die Produktivität bezahlt und von der Wirtschaft erwirtschaftet. Herr Rüesch hat bei der Beratung des Aussenwirtschaftsberichtes gesagt, dass jeder zweite Franken über den Export verdient wird. Jeder Verdienst über den Export heisst: Das Geld muss erarbeitet werden, erarbeitet werden von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern unserer Wirtschaft, die auch Versicherte sind. Der Lohn, den sie dafür erhalten, ist ja nicht nur die Barauszahlung, sondern beinhaltet auch die Sozialleistungen, die damit verbunden sind. Unsere Gewerkschaften sind vernünftig und moderat genug, das haben sie seit langem bewiesen, und sie sind ebenso stark oder noch stärker als die Wirtschaftsführer an einer gesunden Wirtschaft interessiert. Was letztlich bezahlt wird, das sind die hohen Kosten im Gesundheitswesen, und die müssen erwirtschaftet werden.

Was die Initiative will, ist eine Umverteilung. Es ist ganz klar, Herr Chiessler, diese Initiative will eine Umverteilung: Wer mehr verdient, soll mehr bezahlen. So oder so müssen diese Gelder, die wir für das Gesundheitswesen einsetzen, erwirtschaftet werden, und dazu sind die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in unserem Staate sehr wohl bereit. Nicht mehr bereit sind sie aber, am Ende des Monats einen so hohen Anteil ihres knappen Lohnes – gemessen an den Lebenskosten – den Krankenkassen zu überweisen. Insbesondere die Familien mit bescheidenen Einkommen und die Rentner sind dazu kaum mehr in der Lage.

Herr Kündig hat bei den Ausführungen zum Aussenwirtschaftsbericht vor neuen Lohnprozentforderungen gewarnt. Ich nehme die kompetenten Voten von Herrn Kündig immer sehr ernst. Aber hier geht es um eine finanzielle Belastung, die in unserem Staate vorhanden ist und die getragen werden muss, so oder so, wir können uns nicht davor drücken. Verteilen wir diese Last gerecht und sozial, wie bei der AHV! Die Wirtschaft wird dabei nicht stärker belastet. Wenn wir schliesslich den Bund, die Kantone und die Gemeinden zur Kasse bitten, also die öffentliche Hand, so müssen auch diese Ausgaben für die Sozialfürsorge erwirtschaftet werden, und wenn dies nicht über Lohnprozente möglich ist, dann über Steuergelder, die letztlich auch wieder von der Wirtschaft indirekt erbracht werden müssen.

Was mich persönlich sehr beunruhigt, ist folgendes: Wir haben nach dem Zweiten Weltkrieg, in einer schwierigen Zeit für unser Land, in echter Solidarität die AHV geschaffen, ein Sozialwerk, das wir nicht mehr missen möchten und worauf wir auch nicht mehr verzichten könnten. Aber mit der heutigen Einstellung zu diesem Begriff der Solidarität, behaupte ich, würde die AHV-Vorlage heute im Parlament scheitern. Früher sprach man fast liebevoll von Solidarität in diesem Staate, und heute spricht man von «ungesunder Umverteilung».

Wir haben letztes Jahr 700 Jahre Eidgenossenschaft gefeiert. Damals wurden vom Büro Solari wunderbare Prospekte gedruckt, und es wurde gesagt, dass einer der Grundpfeiler, auf dem unsere Eidgenossenschaft ruhe und dank welchem sie prosperiere, die Solidarität sei. Nehmen wir das doch ernst! Solidarität darf nie ein Reizwort sein und darf nie einfach abgetan werden mit «ungesunder Umverteilung», wenn wir ernsthaft wollen, dass eben der Arme vom Reichen einen Beitrag

erhält, wie das bei der AHV der Fall ist. Diese Umverteilung, die wir eben früher echte Solidarität nannten, sollte auch heute wieder Solidarität genannt werden und nicht «ungesunde Umverteilung»; wie man das im Protokoll nachlesen kann.

Solidarität zwischen Armen und Reichen, zwischen Jungen und Alten, zwischen Mann und Frau, das ist ein Pfeiler unserer Eidgenossenschaft, und das sollten wir nie vergessen.

Ein letztes Wort zur Kosten Eindämmung: Wohl das wirksamste Mittel, auch unserer Wirtschaft zu helfen, ist, Massnahmen zu ergreifen, die Kosten eindämmen. Wir sagten bei der Beratung des Aussenwirtschaftsberichtes: Wir haben die Aussenwirtschaft, und wir haben die Binnenwirtschaft, wir müssen die Kartelle abbauen; wir müssen unproduktive Kosten reduzieren. Hier braucht es mutige Schritte. Packen wir doch einmal, unvoreingenommen, die Spitaltarife, die Aerztehonorare, die Zahnarztkosten, die Medikamentenpreise an! Unsere Aussenwirtschaft hat sich immer der internationalen Konkurrenz stellen müssen. Ein Industriearbeiter, der arbeitet, arbeitet voll in Konkurrenz zum ausländischen Industriearbeiter. Unsere Industrieprodukte, die im Ausland verkauft werden, müssen konkurrenzfähig hergestellt werden, ohne Staatskrücken.

Ich sehe nicht ein, warum unsere Medikamente dreimal mehr kosten müssen als im Ausland. Das wird immer wieder mit Ich weiss nicht was allem begründet. Der Industriearbeiter, die Industrie, die Exportwirtschaft können das nicht von sich aus ändern. Hier müssen wir endlich anpacken und den Mut haben, diese Absprachen dieser Kartelle zu brechen, um auch im Gesundheitswesen einen echten Markt einzuführen. Dann können wir echt Kosten senken. Hier – Ich sage es noch einmal – braucht es auch von politischer Seite Mut.

Zu den Krankenkassen: Ich habe kürzlich von einer grosser schweizerischen Krankenkasse vertraulich – ich betone das: vertraulich – die Abrechnungen erhalten. Aber eine Zahl darf ich hier nennen: Zwischen 8 und 9 Prozent der Prämien wurden für die Verwaltungskosten aufgewendet. Das ist eine Prämie pro Jahr, die draufgeht für Verwaltungskosten. Dann sagen wir hier: Wir wollen keinen Systemwechsel, wir wollen dieses System aufrechterhalten.

Wenn wir in diesem Bereiche nun wirklich etwas einsparen können, indem wir diesen Krankenkassen auch mal auf die Finger schauen, dann tun wir das doch! Wir kritisieren die hohen Aertzetarife zu Recht, aber vielleicht müssen wir auch einmal die hohen Kosten für die Direktoren dieser verschiedensten Kassen und Kässeli kritisieren, denn diese zählen auch wir Versicherten, und sie sind auch ein Bestandteil unserer Gesundheitskosten. Ich bin der Meinung, dass in diesem Bereiche der Kostendämmung mutige Schritte nötig sind. Dazu liefert uns natürlich die Initiative auch ein gutes Instrument. Wenn Bund und Kantone verpflichtet werden, ihren Anteil abzuliefern, dann werden bei den Budgetberatungen, besonders wenn die Finanzen knapp sind, auch mutigere Massnahmen ergriffen, um diese Kosten zu senken, als dies heute der Fall ist.

Ich bitte Sie – ich weiss zwar, dass es ein hoffnungsloses Unterfangen ist, hier für diese Initiative für eine Mehrheit zu werben –, den Text der Initiative, so wie er vorliegt, noch einmal anzuschauen: Sie werden sehen, dass der Inhalt nicht so schlecht ist.

Ich bitte Sie, schauen Sie sie an, und Sie werden sehen, dass sie im Moment wahrscheinlich die beste Lösung bietet, um eine griffige Gesundheitspolitik aufzubauen, basierend auf echter Solidarität. Solidarität ist ein Wort, das nicht heruntergewirtschaftet werden darf und nie ersetzt werden darf durch den Begriff der «ungesunden Umverteilung».

Huber: Es gibt drei gute Gründe, sich mit dem Dauerbrenner Krankenversicherung jetzt schon wieder zu befassen.

Der erste ist die Initiative, die Herr Kollege Piller als Stellvertreter von Herrn Onken mit ausserordentlichem Engagement vertreten hat.

Der zweite Grund ist der Artikel 28 des Geschäftsverkehrsgesetzes, der besagt, dass Initiativen innerhalb eines Jahres behandelt werden müssen.

Der dritte Grund ist schliesslich unsere verehrte Frau Präsidentin, die gegenwärtig mit Krücken bewehrt und mit eingebundenem Fuss als Leistungsbezüglerin der Krankenversicherung durch die Lande geht.

Bei der Auseinandersetzung mit der vorliegenden Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung» der Sozialdemokraten und des Gewerkschaftsbundes ist erneut klargeworden, dass es im Gesundheitswesen – dieses Gesundheitswesen ist eben der zentrale Gesichtspunkt, nicht nur die Krankenversicherung – klare Konstanten neben einigen Dingen gibt, die in Bewegung sind.

Wichtigste Konstante im Gesundheitswesen ist der Mensch mit Krankheit, Schmerz, Angst und Tod. Das wird keine Krankenversicherung beseitigen. Da sind Strukturen, die im wesentlichen – die Technik ausgenommen – heilend, pflegend, schmerz lindern mit Menschen umgehen. Diese Strukturen des Gesundheitswesens als Ganzes – und das muss ich in Anbetracht der Schelte meines Vorredners am System trotz altbundesrätlichen Zitaten hervorheben – sind aufgrund ihrer hohen Qualität unbestritten, sie sind sozial allgemein zugänglich aufgrund der Ordnung, wie wir sie in diesem Land haben, bürgernah, föderativ, dezentral ausgestaltet und partnerschaftlich, weil getragen einerseits durch privatwirtschaftliche Strukturen und andererseits durch die öffentliche Hand.

Dann gibt es Dinge, die sich in einer spezifischen Dynamik befinden. Sie beziehen sich auf die Morbidität und die Mortalität. Da sind die Chronischkranken, die Erscheinungen wie Drogen und Aids als neue Krankheitsbilder, die uns herausfordern, auch die Krankenversicherung oder das Gesundheitswesen als Ganzes. Da ist eine Kostenentwicklung; von der die Rede war. Wenn Herr alt Bundesrat Tschudi in seinem Beitrag – diese Beiträge sind immer lesenswert, weil sie von Kompetenz zeugen – von einem «Beherrschen der Kosten» spricht, so kann er nur meinen, dass die Schere, die sich zwischen dem Einkommen und den Ausgaben für das Gesundheitswesen übermässig geöffnet hat, nicht weiter auseinanderdriften darf, sondern dass sie sachte in eine vernünftige Relation zurückgeführt werden muss.

Bei Mitbürgerinnen und Mitbürgern werden Illusionen geweckt, wenn man sagt, man könne die Kostenentwicklung stoppen, aufhalten, eliminieren. Man kann sie hemmen, bremsen, und das muss man wollen. Denn wenn man Dinge will, die nicht machbar sind, erreicht man in der Politik in der Regel nichts oder das Gegenteil von dem, was man gewollt hat.

Verehrter Herr Kollege Piller, die weitere Dynamik ist natürlich im Spitalbereich anzutreffen; das haben Sie zutreffend bemerkt. Der Personalbereich – die Initianten aus der Sozialdemokratischen Partei und dem Gewerkschaftsbund veranstalten ja zurzeit in Genf Demonstrationen, auch mit dem Spitalpersonal – ist eine Kostenkomponente von 70 bis 80 Prozent in der Entwicklung der Personalkosten. Es scheint mir schon sehr seltsam, wenn man das eine tut und das andere nicht lässt, nämlich einerseits nach Kostendämmung rufen und andererseits auf die Strasse gehen und demonstrieren, um die Unzufriedenheit zum Ausdruck zu bringen; schliesslich ist es dann das System der Krankenversicherung, das als unzulänglich angesehen wird.

Ich teile sehr viele Bemerkungen, die vom Sprecher der Minderheit gemacht werden. Ich darf ihm aber auch in Erinnerung rufen, dass wir in diesem Saal – zum Teil von der Öffentlichkeit heftig gescholten – mit Dringlichkeitsrecht gearbeitet haben. Wir haben mit diesem Dringlichkeitsrecht die Kostenentwicklung in der Krankenversicherungsadministration eingedämmt und gestoppt, und wir haben damit etwas zum Stehen gebracht, von dem man ungern spricht, das aber in Realität viele von uns eben doch sehr gestört hat.

Die Initiative ist auch aus dem heraus zu beurteilen, was sich am 16. Februar 1992 mit der klaren Ablehnung der Krankenkassen-Initiative ereignet hat. Die Kassen haben zur Kenntnis nehmen müssen, dass die Versicherungsdichte und die hohe Zahl der Unterzeichner keine Garantie für den Erfolg an der Urne sind. Die Erforschung der Gründe für die klare und für mich überraschend deutliche Ablehnung – ich weiss das – ist noch nicht abgeschlossen. Aber einige Grundzüge, die für die Beurteilung der Initiative brauchbar sind, sind erkennbar. Da

meine ich, steht die von Ihnen, Herr Piller, zu Recht nicht verharmlöse Umverteilung im Zentrum. Meiner Meinung nach will der Bürger ein System, das nicht weiter hemmungslos umverteilt. Denn es ist nicht so, wie dargelegt wurde, dass die Umverteilung im Gesundheitswesen nicht stattfindet. Sie findet selbstverständlich im steuerfinanzierten Teil dieses Systems in ausserordentlicher Art und Weise statt, aber zwei-, dreimal innerhalb eines Systems umzuverteilen, ist wohl das, an dem man sich stösst.

Hinzu kommt die Aufrechterhaltung der politischen Primärverantwortung im föderativen System, der Zuständigkeit der Kantone. Der Bürger will keine Bundeslösung, die die Kompetenzen der Kantone weitgehend beschneidet.

Der Bürger hat sich aber auch – so glaube ich – für eine klare weitere Partnerschaft mit den Krankenkassen ausgesprochen. Die Entscheidung vom 16. Februar 1992 beurteile ich nicht als ein Nein zum System der Krankenkassen, sondern ich beurteile sie als ein Nein zu einer Initiative der Krankenkassen, und dazu ist ein klarer Punkt gemacht worden.

Und schliesslich ist dieser 16. Februar Ausdruck einer klaren Entwicklung in Richtung Totalrevision, die im Bereich der Leistungen, der Bekämpfung der Entsolidarisierung und der Akzentsetzung Kostendämmung Neues bringt und Neues bringen muss. Bevor wir aber zu dieser Totalrevision kommen können, müssen wir zu dieser Initiative ein klares Nein sagen, denn das, was die Initiative bringt, und das, was die Totalrevision bringt, verhalten sich zueinander in etwa wie Feuer und Wasser: Das ist miteinander nicht kompatibel und schliesst sich gegenseitig aus.

Diese Initiative bringt ein neues Finanzierungssystem mit ausgesprochener Umverteilung. Sie bringt eine zentralistische Lösung zu Lasten der Kantone, sie höhlt die gewachsenen Strukturen der Krankenkassen aus und macht aus ihnen Vollzugs- und Verteilungsmechanismen, und sie bringt nicht nur ein Obligatorium, sondern gerade deren zwei.

Wenn man das im Detail ansieht, so bemerkt man folgendes: Die Krankenkassen-Initiative – der Kommissionsreferent hat das deutlich herausgestrichen – beinhaltet eine Kombination von Generalklausel und Programm. Diese Initiative bringt ein auf die Zeit bezogenes Programm und eine Beseitigung der Generalklausel in der Verfassung. Sie muss das selbstverständlich tun, weil sie den Gesetzgeber anbinden will und weil sie die heute verfassungsrechtlich garantierte Mitwirkung der Krankenkassen faktisch beseitigt.

Ich meine daher, dass das die erste Sünde ist: dass diese Generalklausel, die dem Gesetzgeber über die Zeit hinweg den Entwicklungen angemessen und angepasst Reaktionsfähigkeit verleiht, in der Verfassung entfallen und durch ein Programm ersetzt wird, das meines Erachtens dann mit der Zeit auch einmal überholt ist.

Die zweite Sünde sind die beiden Obligationen: die Krankenpflege einerseits und das Taggeld bis zu 80 Prozent des Lohnes, obligatorisch lohnfinanziert, hälftig von Arbeitnehmer und Arbeitgeber getragen. Zur Bekämpfung der Entsolidarisierung enthält auch die Totalrevisionsvorlage das Obligatorium bei der Krankenpflegeversicherung. Ich unterstütze das, ich halte das für richtig. Wieso, stellt sich jetzt die Frage, negiert man das Obligatorium beim Taggeld? Ich würde sagen, aus Respekt vor der Sozialpartnerschaft, dem hohen Versicherungsbestand und der Regulierung, die bei diesen beiden Sachverhalten durchaus ihren Standort haben darf.

Das dritte störende Element dieser Initiative ist das Finanzierungsmodell, das der AHV nachgebaut ist. Es wird gar nicht bestritten, dass dieses Finanzierungsmodell aufgrund der Einfachheit im Vollzug Vorzüge hat. Aber diese Einfachheit macht es eben in sich wieder ungerecht. Eine soziale und regional unbeschränkte Umverteilung halte ich für falsch. Ebenso halte ich einen Zufluss von Mitteln ohne Grenzen von den Sozialpartnern, vom Bund und den Kantonen als für dieses System nicht heilsam, sondern für dieses System schlecht. Die Totalrevision bringt die individuelle Verantwortlichkeit, die soziale Hilfe durch gezielte Subjekthilfe, und sie soll Kostendämmung bringen ohne Qualitätsverlust.

Das vierte Element, das mich an dieser Initiative stört, ist der völlige Umsturz im Verhältnis der Verantwortlichkeiten zwi-

schen Bund und Kantonen. Was tun diese Kantone heute? Diese Kantone regeln heute den gesundheitspolizeilichen Sektor. Sie sind Organisatoren und Träger des öffentlichen Gesundheitswesens, und sie sind insbesondere beachtliche Finanzierer, deren Leistungen in praktisch jeder Statistik falsch bewertet, unterbewertet werden, da der ganze Bereich der Investitionen, den die Kantone voll tätigen, nicht berücksichtigt wird. Die Kantone finanzieren Investitionen, Betriebsdefizite, Prämienreduktionen, sie helfen bei der Spitex und haben sich in der Prävention engagiert. Neben dem Bildungswesen ist das Gesundheitswesen heute die zweitgrösste Position in praktisch allen Staatsrechnungen unserer Kantone, und es hat keinen Sinn, daran etwas zu ändern. Die Bevölkerung ist nicht gewillt, dezentrale Gesundheitsstrukturen zu verändern; sie will auch eine dezentrale Chronischkrankenversorgung, die im Gesundheitswesen immer mehr an Bedeutung gewinnt. Ich möchte behaupten, dass eine Lösung mit dem Hauptträger Bund ein weniger effektives System erbringt. Andererseits – ich gestehe das offen – bin ich seit langem ein Verfechter einer besseren Koordination und Zusammenarbeit der Kantone untereinander. Denn da liegt meines Erachtens der Schritt, der getan werden muss, und nicht in einer klaren Verschiebung der Gewichte in Richtung Bund.

Das fünfte störende Element ist die Funktion der Kassen in diesem gesamten System. Die Totalrevision will die Kassen in ihrer Funktion belassen, mit ihnen mehr Wettbewerb unter gleichen Voraussetzungen, aber ohne Billigkassen, durchführen. Die Initiative bringt eine Abwertung der Kassen, eine Schwächung des Wettbewerbes, sie bringt weniger Markt, sie bringt mehr zentrale Administration.

Schliesslich meine ich, dass Absatz 2 des vorgeschlagenen Verfassungsartikels in der Botschaft verharmlöst wird und dass hier und jetzt auf die Problematik dieses Teils der Initiative hingewiesen werden muss. Es handelt sich um den letzten Absatz der Initiative, der mit dem Satz beginnt: «Die Behandlungsfreiheit ist im Rahmen der Wirtschaftlichkeit gewährleistet.»

Wenn man das zu Ende denkt, so heisst das, dass das Gesundheitswesen als Kriterium die Wirtschaftlichkeit und nur die Wirtschaftlichkeit hat. Das ist in meinen Augen eine Denaturierung der Zwecke Heilung und Pflege und letztlich nach meinem Verständnis inhuman und mit dem pflegerischen und medizinischen Ethos nicht vereinbar. Wollen Sie, weil es nicht mehr rentiert, dem 70jährigen keinen Herzschrittmacher verpassen? Wollen Sie der 80jährigen Frau, die den Oberschenkelhals bricht – wenn sie operiert wird, würde sie ihre Beweglichkeit wieder erlangen – nicht mehr helfen, weil es mit Blick auf ihre theoretische Lebensdauer unwirtschaftlich ist?

Ich glaube, dass eine solche Norm – die auf der Stufe des Gesetzes gegenwärtig auch vorhanden ist, jedoch nicht Verfassungsrang hat –, vielleicht nicht in der Anwendung im System, aber vielleicht in den Händen von Richtern zu Konsequenzen führt, die heute nicht überschaubar sind. Davon scheint mir als im Gesundheitswesen Engagiertem eine gewisse Bedrohung auszugehen.

Die politische Wertung ist daher eindeutig. Es gibt verschiedene Gesichtspunkte, die dafür sprechen, dass wir diese Initiative, die nicht in die Landschaft passt, bei der die Wettbewerbsfähigkeit des Systems nicht verbessert wird, ablehnen. Die zusätzlichen Bundeskompetenzen sind falsch und schädlich. Ein Abbau der Eigenverantwortung, die heute im Gesundheitswesen grossgeschrieben werden muss, wäre die Folge. Die Initiative ist andererseits nicht zu unterschätzen. Sie ist fähig, die Totalrevision durch Ihre Existenz zu beeinflussen. Wer die Initiative nicht will, der wird bereit sein müssen, bei der Interessenwahrung Kompromisse im Bereich der Legiferierung, die vor uns steht, einzugehen. Das ist letztlich der zweite Punkt, den wir unseren Mitbürgerinnen und Mitbürgern heute morgen sagen müssen. Wir müssen ihnen nicht nur sagen, wir wollen die Initiative nicht, sondern auch, dass wir darangehen, die Totalrevision rasch und konsequent zu beraten. Ihre Kommission will das in den kommenden Monaten mit einem erheblichen Arbeitsaufwand und mit hoher zeitlicher Dringlichkeit tun.

Das darf diesen Rat um so mehr bewegen, zur Initiative nein zu sagen.

Schüle: Wir stehen in der Pflicht gegenüber dem Schweizer Volk, das Erwartungen hat, dass wir die Krankenversicherung wieder für alle tragbar machen. Wir stehen in der Pflicht gegenüber dieser Initiative selbst, die uns einen Entscheid abverlangt.

In zweierlei Hinsicht sind am 16. Februar – mit Blick auf diese Initiative – Vorentscheide gefallen. Die Stimmbürger, und das heisst in diesem Fall die Mitglieder der Krankenkassen, haben ihren Kassen gegenüber ein klares Misstrauensvotum abgegeben. Ich möchte Herrn Huber sagen: Es war nicht nur ein Votum gegen die Initiative, es war auch ein Misstrauensvotum gegenüber der Politik der Krankenkassen.

Weiter ist festzustellen, dass die Urheber dieser zweiten Initiative aus dem Kreise der Gewerkschaften und der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz durch die Unterstützung der Krankenkassen-Initiative ihre eigene Initiative vorsorglich aufgegeben haben. Sie selbst haben damit den Stellenwert ihrer Initiative bewusst oder unbewusst stark relativiert.

In der Kommission wurde gesagt – Herr Huber hat es vorhin angetönt –, diese Initiative solle ein Druckmittel sein, solle als Druckmittel wirken. Ich kann diese Meinung nicht teilen. Ich frage mich: Als Druckmittel wofür? Als Druckmittel gegen wen? Ich frage mich dies, gerade weil die Initianten selbst auf den entgleisten Zug der Krankenkassen-Initiative aufgesprungen sind.

Sollte sie ein Druckmittel im Bereiche der ungelösten Finanzierungsfrage sein? Die Initiative will die Krankenversicherung mittels Lohnprozenten finanzieren, und damit liegt sie in der politischen und ganz besonders in der wirtschaftlichen Landschaft eindeutig schief. Die Initiative fordert unbegrenzte Lohnprozente. Herr Piller hat es offen gesagt: Die Initiative will eine Umverteilung. Das ginge vor allem auch zu Lasten der Selbständigerwerbenden. Die Initiative will eine doppelte Progression, weil eben auch die Kostenbeteiligung nochmals in der Form zusätzlicher Lohnprozente erhoben würde. Die Initiative fordert indexierte Bundesmittel von anfänglich 3,3 Milliarden Franken. Wollen wir etwa diesem Druck nachgeben? Die Initiative will dem Bund die Kompetenz geben, die Kantone mit einem nicht begrenzten Anteil dieses Betrages zu belasten. Wollen wir in diesem neuen Schwarzpeterspiel zwischen Bund und Kantonen mitmachen?

Soll die Initiative ein Druckmittel zur wirksamen Kostendämpfung sein? Gerade in diesem Punkt ist die Initiative wenig konkret. Ausgerechnet dort, wo sie die heutige Verfassungsgrundlage effektiv ausweitet, auf dem Gebiete der Spitalplanung nämlich, ist sie offen formuliert, bleibt sie unklar in der Frage der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen, verwischt sie also die heute klaren Verantwortlichkeiten der Kantone in diesem Bereich.

Ob die Initianten es wahrhaben wollen oder nicht: Die Initiative führt zur Einheitsprämie, und diese wirkt mit Bestimmtheit nicht kostendämpfend. Regionale Abstufungen werden kaum praktikabel und mit Sicherheit auch nicht gerecht sein. Die Initiative hat keinen Platz für Gesundheitskassen oder für Bonusmodelle, auch das ist ein schwerwiegender Mangel.

Die Initiative wäre damit höchstens ein Druckmittel in Richtung zentralistischer Bundeslösung, in Richtung Verstaatlichung der Krankenversicherung. Soll das etwa unsere Zielsetzung sein?

Wir haben allen Grund, zu dieser Initiative auf Distanz zu gehen, auch in taktischer Hinsicht. Wir müssen die Initiative klar zur Verwerfung empfehlen und damit rasch reinen Tisch machen für die notwendige Reform der Krankenversicherung. Spätestens in der nächsten Wintersession wird sich auch der Nationalrat zur Initiative aussprechen müssen. Auf diesen Zeitpunkt hin wird in unserem Rat auch die Reform der Krankenversicherung entscheidungsreif sein, wenn es nach dem Fahrplan unserer Kommission geht.

Gerade aber weil die Initiative in Richtung Kostendämpfung nichts bringt, muss sie vom Tisch. Es gibt für den Bundesrat überhaupt keinen Grund, die Abstimmung hinauszuschieben. Ich habe – ich muss das offen gestehen – auch kein Verständnis für die sibyllinische Drohung des Bundesrates auf Seite 27 der Botschaft, wo es heisst: «Sollten die eingeleiteten Reformbemühungen jedoch im weiteren Verlauf auf unüberwindliche

Hindernisse stossen, so könnte sich der Bundesrat gegebenenfalls veranlasst sehen, seine Haltung zur Initiative neu zu überdenken.»

Unser Auftrag ist es, die Krankenversicherung auf eine neue Grundlage zu stellen, sie für alle Versicherten wieder tragbar zu machen. Wir müssen uns auf das Ziel konzentrieren, die Kosten unseres Gesundheitswesens in den Griff zu bekommen. Dabei darf es keine Tabus geben. Ich nenne, keineswegs abschliessend, drei kritische Bereiche, die wir unvoreingenommen angehen müssen, selbst wenn sie den Rahmen der bundesrätlichen Revisionsvorlage sprengen:

1. Die Aertzedichte darf nicht weiter zunehmen, weil sie eine wesentliche Ursache der Kostenexplosion ist. Selbst ein Numerus clausus für Mediziner darf kein Tabu sein. Allenfalls sollten wir die Jungmediziner in Zukunft für einige Zeit in der Entwicklungshilfe verpflichten, in Regionen also, wo die Menschen leiden und wo grosser Aertzemangel herrscht.

2. Wir müssen uns mit den Grenzen der Medizin auseinandersetzen. Nicht alles, was medizinisch machbar ist, hat Sinn, ist menschlich und auch ethisch begründbar. Hier werden die Aerzte, aber auch die Spitäler gefordert sein.

3. Wir müssen generell die Spitalintensität unseres Gesundheitswesens abbauen, und zwar durch die regionale und interkantonale Zusammenarbeit, durch den Ausbau der spitalexternen Pflege und durch die Förderung der privaten Pflege, vor allem auch im Bereiche der Geriatrie.

Nur wenn das Ziel einer wirksamen Kostendämpfung gewährleistet ist, kann das Obligatorium in der Krankenpflegeversicherung ohne Bedenken eingeführt werden. Man erwartet von uns also nicht Taktik, sondern Mut zu echten Lösungen. Echte Lösungen – das ist für mich keine Frage – sind in diesem Land auch mehrheitsfähig. Das wissen im Grunde genommen auch die vielen, vielleicht allzu vielen im Gesundheitswesen engagierten, an der Kostenexplosion mitbeteiligten Interessengruppen.

Kostendämpfung heisst die Devise. Empfehlen wir darum aus Ueberzeugung dem Schweizer Volk die Verwerfung dieser zur Zielerreichung ungeeigneten Initiative!

Frau Simmen: Die Initiative für eine gesunde Krankenversicherung enthält verschiedene Punkte, die ihr mit der bundesrätlichen Vorlage zu einer Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes gemeinsam sind: das Obligatorium für die Krankenpflegeversicherung, den Wegfall der zeitlichen Begrenzung, den Einschluss der spitalexternen Dienste und anderes.

Ich möchte mich auf einen Punkt beschränken, der in der Volksinitiative anders lautet als in der Vorlage zur Totalrevision, nämlich die Finanzierung. Was in der Initiative als Beiträge nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit bezeichnet wird, wird sich in der Praxis nicht anders als auf der Grundlage von Lohnprozenten ausgestalten lassen. Das wirkt einleuchtend und sozial, und wir kennen dieses Verfahren ja auch von anderen Sozialwerken, wie z. B. der AHV oder IV.

Die Initianten bemerken richtigerweise, dass unsere Nachbarstaaten dieses System kennen und damit ihre Erfahrungen sammeln haben. Ein System bereits haben und jahrelang mit ihm arbeiten oder ein System neu einführen, das sind allerdings zwei Paar Schuhe. Ich muss Ihnen sagen, dass für einen Systemwechsel der heutige Zeitpunkt denkbar schlecht gewählt ist.

Die Initiative sieht vor, dass sich Arbeitnehmer und Arbeitgeber häufig in die Beiträge teilen. Ich komme aus einem Kanton, in dem der Wirtschaft heute ein äusserst harter Wind ins Gesicht bläst. Kurzarbeit ist weitverbreitet, dies auch in soliden und hervorragend geführten Betrieben. Eine Verschlechterung der internen Rahmenbedingungen durch Verteuerung eines wichtigen Produktionsfaktors, nämlich der Arbeit, würde unweigerlich zu einer weiteren Verminderung der Konkurrenzfähigkeit und damit zu Betriebsschliessungen führen. Mit dieser Massnahme treffen Sie dann genau diejenigen, die Sie eigentlich mit der Initiative entlasten wollen, nämlich die Arbeitnehmer, vor allem die Arbeitnehmer der unteren Lohnkategorien.

Die Tatsache, dass frühestens in drei bis vier Jahren ein Ge-

setz auf der Grundlage dieses Verfassungsartikels in Kraft treten könnte, ist kaum ein Lichtblick, denn die Chance, dass sich das wirtschaftliche Umfeld in der Zwischenzeit so positiv verändern könnte, dass wir einen Systemwechsel problemlos verkraften könnten, sind nicht übertrieben gross. Ich wäre glücklich, wenn ich mich in dieser Hinsicht täuschen und die Lage allzu pessimistisch einschätzen würde.

Wir haben heute eine echte Alternative. Die ständerätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit wird in drei Wochen mit der Beratung der bundesrätlichen Vorlage zur Totalrevision beginnen. Zu einer Totalrevision, die alle wesentlichen Punkte enthält, die wir heute zu einer – nötigen – Veränderung der Verhältnisse brauchen. In diesem Sinne muss unser Nein zur Initiative gleichzeitig als Auftrag verstanden werden, die Totalrevision speditiv an die Hand zu nehmen, d. h. im selben Zeitraum, in dem wir aufgrund der Initiative eine neue Gesetzesregelung erreichen könnten. Die Lösung auf der Grundlage der bundesrätlichen Vorlage, die im grossen und ganzen eine gute Vorlage ist, müssen wir in derselben Zeit erarbeiten können: Es muss eine dezentrale Lösung sein, die die Koordination zwischen den einzelnen Leistungsträgern, zwischen Bund und Kantonen herstellt. In diesem Sinne empfehle auch ich Ihnen, die Initiative zu verwerfen.

Frau Beerli: Es ist vollkommen unbestritten, dass die Revision des Krankenversicherungsgesetzes eine wichtige und dringende Gesetzgebungsarbeit der laufenden Legislatur darstellt. Bürgerinnen und Bürger verlangen – nach der zum Glück erfolgten Verwerfung der Krankenkassen-Initiative – zu Recht, dass das Parlament nun unverzüglich an die Arbeit geht und sich materiell vertieft mit den anstehenden Problemen auseinandersetzt.

Die ständerätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit hat sich bereits ein straffes Arbeitsprogramm gegeben. Sie hat sich das ehrgeizige Ziel gesetzt, die bundesrätliche Vorlage in der Wintersession in den Rat zu bringen. Wie passt nun die heute zu behandelnde Initiative der SP und des Gewerkschaftsbundes in dieses Umfeld? Bei der Beantwortung dieser Frage lassen sich formelle und materielle Gesichtspunkte auseinanderhalten.

Zu den formellen Gesichtspunkten: In Artikel 34bis der Verfassung wird der Bund beauftragt, die soziale Krankenversicherung und die Unfallversicherung gesetzlich zu regeln. Diese Norm ist – wir haben es heute schon gehört – sehr weit gefasst und würde formell als verfassungsmässige Grundlage ausreichen, um – abgesehen von der Kompetenz des Bundes zur Spitalplanung – die Vorstellungen der Initianten auf der Stufe des Gesetzes zu verwirklichen. Eine Teilrevision der Verfassung rechtfertigt sich daher nicht und bringt lediglich eine zeitliche Verzögerung bei der effektiven Problemlösung mit sich. Zudem bin ich nach wie vor der Meinung, dass in der Verfassung lediglich Pflöcke eingeschlagen werden sollten, dass es nicht darum geht, ganze Gesetzgebungsprogramme in der Verfassung niederzulegen.

Zum Materiellen: Die Initiative sieht vor, dass die Krankenversicherung durch Lohnprozente zu finanzieren ist. Diese sollen je zur Hälfte von den Arbeitgebern und den Arbeitnehmern getragen werden. Selbständigerwerbende und Kleingewerbetreibende sind demzufolge – genau wie bei der AHV – wiederum doppelt belastet. Die Lohnprozente werden in der Praxis entweder auf die Preise geschlagen, da sie Produktionskosten darstellen, oder sie müssen, wenn dies nicht möglich ist, an den Löhnen eingespart werden, oder sie schmälern, wenn auch dies nicht möglich ist, die Investitionskraft der Unternehmen und damit auch die Konkurrenzfähigkeit unserer Wirtschaft.

Die Versicherten sollen zudem, im Verhältnis zu den von ihnen bezahlten Beiträgen, an den verursachten Kosten beteiligt werden. Dies bedeutet erneut, ein zweites Mal, eine doppelte Belastung der Selbständigerwerbenden und Kleingewerbetreibenden.

Ein Lohnprozentsystem mit einer zentralen Inkassostelle – dies ergibt sich aus Gründen der Rationalität von selbst – führt ohne Zweifel zu einer massiven Zentralisierung. Es besteht die grosse Wahrscheinlichkeit, dass Versicherte und Leistungser-

bringer bald einer einzigen grossen (staatlichen) Krankenkasse gegenüberstehen würden. Ich bin wie Herr Piller der Meinung, dass man die Verwaltungskosten der Krankenkassen überprüfen sollte und dass dort mit Sicherheit noch Ersparnisse zu tätigen sind. Ich bin aber nicht der Meinung, dass ein Lohnprozentsystem und eine riesige, zentralisierte Einrichtung zu Kosteneinsparungen führen würden.

Die Initiative sieht zudem im Gesundheitswesen eine starke Verlagerung der Kompetenzen von den Kantonen zum Bund vor. Die Kantone würden im Extremfall zu Zahlungsstellen degradiert.

Aus all diesen Gründen bitte ich Sie, die Initiative abzulehnen. Die Volksabstimmung über die Initiative wird mit Sicherheit erst im Jahre 1993 stattfinden. Die Kommission ist nun aufgerufen, diese Zeit effizient zu nutzen und bis zu diesem Zeitpunkt ein formell und materiell überzeugendes Gesetz vorzulegen. Ein nichtssagender, ein platter Gesetzesentwurf ohne Zähne würde der Initiative mit Sicherheit zum Erfolg verhelfen.

On. Morniroli: Condivido le conclusioni della maggioranza della commissione e anche diverse idee che sono state espresse da chi mi ha preceduto nella discussione. Non condivido tutte, comunque anche qualcuna delle conclusioni espresse dal relatore di minoranza.

Nach dieser politischen Diskussion erlaube ich mir einige Bemerkungen eher technischer und praktischer Art, die auch als Denkanstösse zuhanden der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit unseres Rates gedacht sind. Ich denke natürlich an die Revision des Krankenversicherungsgesetzes. Ich möchte die Grundsätze, die man bei einer Kritik respektieren sollte, nicht missachten und beginne mit den positiven Punkten. Und solche gibt es in dieser Initiative.

Obwohl ich generell gegen Obligationen bin, spreche ich in diesem Zusammenhang dieser Massnahme den Wert nicht ab und anerkenne das Obligatorium als taugliches Mittel zur Erreichung einer landesweiten Solidarität. Ich bin durchaus der Meinung, dass es richtig ist, eine obligatorische Krankengeldversicherung zu postulieren. Diese These habe ich übrigens schon immer vertreten.

Hiermit kann ich das Kapitel positive Punkte schon abschliessen und gehe zu den negativen über. Ich sehe nicht ein, wieso sich das Krankengeldversicherungsobligatorium nur auf die Arbeitnehmer beschränken soll. Der Solidaritätsgedanke sollte auch hier spielen, und zwar in beiden Richtungen, nicht nur als Einbahnverkehr.

Wahrscheinlich sind sich nicht alle im klaren über die finanzielle Tragweite der Krankengeldversicherung. Wenn Sie den Geschäftsbericht der Suva durchlesen, dann werden Sie entdecken, dass diese Institution letztes Jahr 1,7 Milliarden Franken ausgegeben hat. 400 Millionen Franken für Behandlungs-, Spital- und Rehabilitationskosten und 1300 Millionen Franken für Lohnausfall, Renten und Abfindungen.

Will man den Solidaritätsgedanken in den Brennpunkt rücken, muss auch in diesem Bereich das allgemeine Obligatorium angestrebt werden.

Die gleichen Überlegungen haben analog für das Unfallversicherungsobligatorium Geltung. Und wenn wir den Gedankengang weiterführen wollen, dann müssen wir uns fragen, ob wir die Suva – Schweizerische Unfallversicherungsanstalt – in eine Skuva – Schweizerische Kranken- und Unfallversicherungsanstalt – umfunktionieren wollen.

Schliesslich sieht die Initiative vor – und dies entspricht ja dem Ist-Zustand –, dass die Krankenversicherung die Behandlungskosten bei Unfall nicht obligatorisch unfallversicherter Personen übernimmt. Dies bedeutet, dass ein Teil der Krankenkassenprämien für diese Risikodeckung reserviert ist oder, mit andern Worten, dass unfallversicherte Personen zweimal die Unfallversicherungsprämie bezahlen.

Das Prinzip «proportionale Kostenbeteiligung entsprechend der persönlichen Finanzkraft» ist absolut richtig. Nicht richtig ist hingegen, dass laut Initiative der Hebel gleich zweimal angesetzt wird: ein erstes Mal bei der Prämienfestlegung – lies Lohnprozente –, ein zweites Mal beim Selbstbehalt, welcher ebenfalls prozentual zur entrichteten Prämie variiert. Persönlich würde ich eine andere Lösung bevorzugen. Die Prämie

soll real pro Versicherten errechnet und verrechnet werden. Der Staat subventioniert den einzelnen Versicherten gezielt nach dessen Finanzkraft. In unserer Computerära sollte es durchaus möglich sein, auf der Steuerrechnung jedem einzelnen die ihm zugesprochene staatliche finanzielle Beteiligung an der Prämie direkt zu verrechnen. Damit würde die Giesskannensubventionierung der Krankenkassen wegfallen.

Ich plädiere für einen nach Finanzkraft abgestuften Selbstbehalt. Der Herr Generaldirektor soll sich nicht auch die letzte Aspirin-Tablette durch die Krankenkasse berappen lassen können.

Der zweite Absatz des vorgeschlagenen Verfassungsartikels spricht von «Wirtschaftlichkeit» und von «wirtschaftlicher Verwendung der Finanzmittel» und verspricht zwischen den Zeilen eine Kostendämpfung. Eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen können Sie vergessen. Unsere Gesundheitskosten liegen absolut im Mittel derjenigen aller Industrieländer. Einige dieser Länder geben etwas mehr aus als wir, einige etwas weniger, und zwar unabhängig von ihrem Versicherungssystem.

Und wenn wir von wirtschaftlicher Verwendung der Finanzmittel sprechen: Wer soll die Kriterien festlegen? Wie will man eine «wirtschaftliche» Behandlung von einer «unwirtschaftlichen» abgrenzen? Wer soll die Kontrollen durchführen? Soll es irgendein Bundesamt oder – schlimmer noch – sollen es irgendwelche Krankenkassenfunktionäre sein?

Frick: Das Programm der SP, das in dieser Initiative niedergeschrieben ist, darf nicht so verwirklicht werden.

Die SP will ein sozialisiertes und staatlich gelenktes Gesundheitswesen. Finanziell ist es eine einzige grosse Umverteilungsübung, indem, statt dass wie bis heute rund 80 Prozent der Grundversicherung von den Privaten gedeckt werden, nun der Grossteil dieser Kosten an den Staat und die Arbeitgeber überbunden werden soll. Die Durchführung der medizinischen Versorgung soll staatlich kontrolliert und gelenkt werden. Hingegen fehlen die Anreize für den Versicherten, selber Kosten zu sparen.

Die Durchführung wird die Krankenkassen und die Kantone selber schwächen, sie soll ausgesprochen zentralisiert werden. Es liegt auf der Hand, dass wir die Probleme nicht lösen, indem wir das Gesundheitswesen einfach verstaatlichen, wie die Initiative es will. Diese Initiative trägt in allen Punkten die Markenzeichen einer sozialistischen Gesundheitspolitik.

Aber etwas anderes bringt die Initiative auch zum Ausdruck, und darauf möchte ich eingehen: Sie ist ein weiteres Zeichen dafür – genau wie die Krankenkassen-Initiative, die wir jüngst ablehnten –, dass das heutige Krankenversicherungswesen nicht mehr zu befriedigen vermag. Das heutige System ist überholt. Überholt ist aber auch die Initiative im Verhältnis zur bundesrätlichen Vorlage. Jené geht meines Erachtens in die richtige Richtung, und die wesentlichen Punkte dieser Vorlage müssen unterstützt werden. Wir haben die bessere Vorlage auf dem Tisch. Auch deshalb müssen wir die SP-Initiative ablehnen.

Ich will aber in diesem Zusammenhang meinem Unbehagen und meinem Unmut Ausdruck geben. Wir sind alle vor der Abstimmung über die Krankenkassen-Initiative durch die Lande gepilgert und haben unsere Solidarität mit dem bundesrätlichen Vorschlag zum KUVG bekundet. Kaum war die Abstimmung vorbei, bröckelte die Einheitsfront ab, Absetzbewegungen nach allen Seiten, seitens der Ärzteschaft, seitens der Sozialpartner. Soweit das nur Drohgebärden im Positionsbezug um die künftige Revision waren, habe ich Verständnis dafür. Wenn es aber Glaubenssätze sind, die da geäußert wurden und von denen nicht abgewichen werden soll, ist die Situation bedenklich. Die KUVG-Revision wird – das ist meine Überzeugung – zur Nagelprobe für unser Parlament. Erstens geht es darum, dass wir ein Versprechen einlösen, das wir vor der Abstimmung zur Krankenkassen-Initiative unisono geäußert haben, und zweitens geht es um das Vertrauen in das Parlament.

Wir dürfen diese Initiative dem Volk nicht zur Ablehnung empfehlen, wenn wir nicht gleichzeitig die abgeschlossene Revision des KUVG vorlegen können. Wir müssen darum die Arbeit

ten möglichst schnell vorantreiben, wie es der Kommissionspräsident geäußert hat; es muss schneller gehen, als Herr Kollege Schüle gesagt hat. Wenn wir mit der Ratsbehandlung bis Ende Jahr warten, wird es zu spät sein, um dem Volk, wenn es um die Abstimmung der SP-Initiative geht, einen tauglichen, indirekten Gegenvorschlag gegenüberstellen zu können.

Wenn wir das nicht tun, werden sich die Bürgerin und der Bürger an dem orientieren, was da ist; und wenn im Ergebnis nur die Initiative der SP vorliegt, dann befürchte ich, dass die Stimmbürger ihr zustimmen, um wenigstens etwas in der Hand zu haben. Wie der Kommissionspräsident bereits gesagt hat: «Wenn das Parlament zu spät kommt, wird der Bürger bestrafen.» Ich hoffe, es kommt nicht so weit.

M. Cotti, conseiller fédéral: Au cours de ce débat très intéressant, vous avez évoqué les arguments en faveur d'un refus de l'initiative. Toutefois, dans toutes les interventions et notamment dans celle de M. le président de la commission, on a déjà constaté que la discussion d'aujourd'hui a lieu environ 15 jours avant la séance de la commission du Conseil des Etats qui va entamer le débat sur le message du Conseil fédéral. Dès lors qu'une large majorité semble acquise, au sein du Conseil des Etats, à la proposition du Conseil fédéral de refuser l'initiative populaire, quelques éléments du futur débat décisif se dégagent déjà de vos déclarations.

C'est pourquoi je ne vais pas m'étendre sur les raisons qui motivent notre refus de l'initiative, qui ont déjà été évoquées par nombre d'entre vous. Avant tout, il y a une raison formelle. L'article 34bis de la constitution est un article de caractère général qui serait à même de couvrir la quasi-totalité des postulats de l'initiative. Le problème des caisses-maladie n'est plus à résoudre au niveau de la constitution mais au niveau de la législation et de la pratique. Nous avons donc d'un côté un article constitutionnel absolument inutile, mais de l'autre côté un article constitutionnel qui propose des solutions, réalisables certes par une simple révision de la loi, mais qui ne sont pas acceptables face à la situation réelle des caisses-maladie.

Je me permettrai de vous dire, en ce qui concerne l'indemnité journalière en cas de maladie, que le sujet avait été évoqué par le Conseil fédéral il y a dix ans. Il a été repoussé dans le cadre du Parlement et l'on n'a pas voulu y revenir, du moins pour le moment. Par contre, le point central de l'initiative qui concerne une assurance obligatoire pour les soins médicaux est en partie résolu par le projet proposé par le Conseil fédéral mais doit être repoussé pour ce qui a trait au système de financement.

Les déductions de salaire, comme l'ont dit Mme Simmen, Mme Beerli et M. Morniroli, sont à écarter aujourd'hui déjà, pour des raisons économiques. Nous connaissons la situation concurrentielle de notre économie, qui n'est plus la même qu'il y a trois ou quatre ans. Augmenter maintenant de manière sensible les coûts de production de notre économie paraîtrait absolument inacceptable. Par ailleurs, les déductions de salaires – MM. Huber et Frick l'ont mentionné – n'auraient certainement aucune interférence sur le contrôle des coûts, qui est l'un des objectifs du message du Conseil fédéral. Au contraire, un automatisme tel que le proposent les déductions de salaire, qui fait suite aux coûts au lieu d'essayer de les contrôler, aurait pour résultat une explosion encore plus grande de ces coûts.

Toutes ces raisons nous poussent à vous demander de refuser l'initiative qui, je le répète encore une fois, après MM. Huber et Schiesser, a encore un autre inconvénient décisif, à savoir une centralisation du système tout à fait inadmissible. Nous disposons aujourd'hui d'un excellent système de santé, capable de soutenir la comparaison internationale. Nous avons, au niveau du système de santé, une offre généralisée, qui ne crée pas différentes catégories parmi les malades. C'est donc un système qui mérite d'être défendu dans son orientation libérale, dans son attitude qui essaie d'éviter une centralisation comme l'impliquerait l'initiative populaire.

Mais, Mesdames et Messieurs, permettez-moi encore deux mots au sujet de ce que vous vous aurez à affronter au niveau de la commission. Je me réfère à ce qu'a dit M. Schüle. Son intervention me paraît très optimiste quant à l'objectif énoncé.

Par exemple, il a dit: «Das Ziel ist, die Kosten in den Griff zu bekommen. Kostendämpfung heisst die Devise.» Voilà un avis convaincant que nous sommes tous prêts à partager. Monsieur Schüle, il s'agit bien sûr d'essayer de contrôler les prix. M. Huber a raison quand il dit de les contrôler, parce que la qualité du système imposera indiscutablement des prix élevés. Nous ne pouvons pas nous offrir un système de haute qualité sans en payer aussi le prix.

Mais, Monsieur Schüle, vous avez oublié l'autre objectif, celui de la solidarité dans le cadre du système des caisses-maladie. Là, il faut dire les choses comme elles sont: nous avons un système qui n'est pas solidaire, et dans lequel règne le principe de l'arrosoir – le «Giesskannenprinzip». Nous avons un système qui est carrément non social. L'objectif du message du Conseil fédéral, comme vous le savez, est d'un côté de contrôler les prix et les coûts, et de l'autre, de rendre le système plus social. Nous n'en discuterons pas ici, car cela sera l'objet d'un grand débat futur.

M. Schüle ajoute que «echte Lösungen sind mehrheitsfähig». Je ne sais pas, Monsieur Schüle, sur quoi se fonde ce bel optimisme. Dans les vingt ou trente dernières années, différentes «echte Lösungen» ont été présentées et elles n'ont jamais réussi à obtenir une majorité. Ou bien elles ont été cassées au niveau parlementaire, ou bien elles y ont été édulcorées, ou bien, à la fin, en deux occasions, le peuple a dit non. Alors, Monsieur Schüle, nous sommes bien d'accord sur le fait qu'une majorité doit se créer. Mais, elle nécessite d'extraordinaires efforts conjugués parce que – M. Frick l'a précisé – on commence déjà maintenant, 15 jours après la votation populaire, à observer des prises de distance, une certaine désolidarisation face au projet du Conseil fédéral. J'avais évoqué ce danger avant la votation populaire, en affirmant qu'il était facile de se rallier sur le moment à un projet complet et substantiel, mais qu'après, l'épée de Damoclès de l'initiative populaire ne pesant plus, on pourrait voir clairement se défilier ceux qui alors s'étaient posés en faveur de l'approbation du message. Ainsi, Monsieur Schüle, je souhaite que votre optimisme se confirme dans les faits, mais il faudra un effort extraordinaire pour réussir ce qui n'a pas réussi précédemment.

Pour terminer, je précise que le projet du Conseil fédéral attend de toutes les catégories intéressées quelques sacrifices. Mais, il s'agit de sacrifices supportables, et qui permettent de garder le système. Si, comme par le passé, les différentes forces en jeu devaient conjuguer leurs efforts pour faire passer leurs intérêts, divergents certes, mais réunis dans une opposition commune, il est certain que la discussion autour de l'initiative reprendrait. Le Conseil fédéral, dans la dernière phrase du message, indique que si l'effort à entreprendre actuellement ne devait pas avoir de résultat, il faudrait alors reprendre la réflexion autour de l'initiative, et c'est à prendre au sérieux. Le Conseil fédéral a en effet déjà affirmé plusieurs fois que les efforts en cours sont une dernière tentative pour essayer de garder, dans le cadre d'un système libéral, notre système de la santé et pour lui assurer davantage de solidarité en endiguant les coûts, comme tous le demandent.

C'est la raison pour laquelle je désire interpréter le non que vous allez prononcer aujourd'hui comme un engagement à l'égard de ce qui se passera dans la commission à partir des prochaines semaines.

Eintreten ist obligatorisch

L'entrée en matière est acquise de plein droit

Detailberatung – Discussion par articles

Titel und Ingress, Art. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Titre et préambule, art. 1

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 2

Antrag der Kommission

Mehrheit

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Minderheit

(Onken)

Die Bundesversammlung empfiehlt Volk und Ständen, die Volksinitiative anzunehmen.

Art. 2

Proposition de la commission

Majorité

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Minorité

(Onken)

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

Piller, Sprecher der Minderheit: Erlauben Sie mir kurz einige Bemerkungen zu den Äusserungen über diese Initiative.

Herr Frick, es ist keine sozialistische Initiative. Was wir, der Gewerkschaftsbund und die SP Schweiz, in dieser Initiative verlangen, ist ein System, das praktisch alle westeuropäischen Länder, die das Glück hatten, immer wieder sozialdemokratische Regierungen zu haben, eingeführt haben und das sich sehr bewährt hat.

Frau Simmen, Sie haben mit der Wirtschaft argumentiert. Sehen Sie: 1973 lag das Flimser Modell des Bundesrates vor; es waren schon damals Lohnprozente vorgesehen; wirtschaftlich wäre es möglich gewesen – es ist nicht gegangen. 1982 kam der Familienbericht, dem gerade Ihre Partei besonders nahesteht: Es wurden Vorschläge erarbeitet und schubladiert – es ist nichts passiert. Lohnprozente – es geht nicht. Heute geht es auch wieder nicht. Den Zeitpunkt für einen Systemwechsel finden wir nie. Aber ich kann Ihnen folgendes sagen: Ihr Arbeiter, der heute in Solothurn Probleme hat, bezahlt heute, wenn er zwei Kinder hat, 500 bis 600 Franken Krankenkassenprämien pro Monat. Wenn Sie die Lohnprozente einführen, bezahlt er noch 180 Franken. Das wird in den Lohnverhandlungen berücksichtigt, das ist nicht wirtschaftsfeindlich. Der Arbeitgeber kann in den Lohnverhandlungen mitdiskutieren, und letztlich wird die Wirtschaft entlastet, wenn das sauber vor sich geht. Dem Arbeiter ist es egal, wenn er 200 Franken weniger Lohn erhält, dafür aber 500 Franken weniger an die Krankenkasse bezahlen muss, das ist doch logisch. Etwas anders ist es vielleicht beim Generaldirektor und bei den Verwaltungsräten. Die werden dann etwas mehr bezahlen müssen – das ist unsere Vorstellung.

Zum Zentralismus. Man hat gesagt, man will das Gesundheitswesen verstaatlichen oder zentralisieren, das stimmt überhaupt nicht. Die Initiative hat – was das Gesundheitswesen anbelangt – genau die gleiche Zielrichtung wie das Paket des Bundesrates. Was wir anders wollen, ist die Finanzierung. Wir haben die AHV in einer Zeit eingeführt, wo es uns sehr schlecht ging; es gibt doch überhaupt kein Mammutamt in Bern, das diese AHV-Gelder verwaltet. Die AHV ist der schlagende Beweis, dass man ein System einführen kann, basierend auf Lohnprozente, bei dem die Verwaltungskosten weit günstiger zu stehen kommen als beispielsweise jetzt mit der dezentralisierten Lösung und den -zig Kassen.

Wenn wir das System gemäss Bundesrat konsequent aufgrund der bestehenden Kassen weiterführen, dann wird der administrative Aufwand bei diesen Ausgleichsmechanismen noch zunehmen. Wir werden also weit teurere administrative Aufwendungen zu finanzieren haben – wiederum über Prämien –, als dies beispielsweise beim AHV-Modell der Fall ist; wir haben doch den schlagenden Beweis, dass man hier Kosten senken kann. Von Zentralismus und sozialistischem Gesundheitswesen – um nicht zu sagen kommunistischem – ist überhaupt nicht die Rede.

Gerade der Schweizerische Gewerkschaftsbund und die schweizerische Sozialdemokratie haben über hundert Jahre bewiesen, dass sie vernünftige Partner sind: Wir wollen eine gesunde Wirtschaft in einem guten Sozialstaat, das wollen wir, nichts anderes.

Die Initiative ist nicht so schlecht, wie sie interpretiert wird. Herr Frick, Sie haben das Richtige gesagt: Flimser Modell 1973, jetzt ist es 1992, nächstes Jahr 1993 – wir sind nicht vom Fleck gekommen. Diese Initiative ist wahrlich das beste Mittel, um etwas zu bewegen, sei es über die Revision der Vorlage Bundesrat oder sei es über die Annahme der Initiative durch das Volk. Ich hoffe, dass ich doch noch einige Stimmen erhalte – ich habe nach dieser Debatte allerdings den Glauben daran fast verloren.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	35 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	2 Stimmen

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Entwurfes	35 Stimmen
Dagegen	2 Stimmen

An den Nationalrat – Au Conseil national

91.070

**Für eine gesunde Krankenversicherung.
Volksinitiative****Pour une saine assurance-maladie.
Initiative populaire**

Siehe Seite 185 hiavor – Voir page 185 ci-devant

Beschluss des Nationalrates vom 7. Dezember 1992
Décision du Conseil national du 7 décembre 1992*Schlussabstimmung – Vote final*

Für Annahme des Entwurfes

41 Stimmen

Dagegen

2 Stimmen

An den Nationalrat – Au Conseil national

**Bundesbeschluss
über die Volksinitiative
«für eine gesunde Krankenversicherung»**

vom 18. Dezember 1992

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,

nach Prüfung der am 17. März 1986 eingereichten «Volksinitiative für eine gesunde Krankenversicherung»¹⁾,

nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 6. November 1991²⁾,

beschliesst:

Art. 1

¹ Die Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung» vom 17. März 1986 wird Volk und Ständen zur Abstimmung unterbreitet.

² Die Volksinitiative lautet:

Die Bundesverfassung wird wie folgt geändert:

Art. 34^{bis}

¹ Der Bund richtet auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und die Unfallversicherung ein. Er überträgt deren Durchführung Einrichtungen, die die Versicherung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit betreiben.

1. Die Unfallversicherung ist für alle Arbeitnehmer obligatorisch. Der Bund kann das Obligatorium auf weitere Kreise der Bevölkerung ausdehnen.
2. Die Krankenpflegeversicherung ist für die ganze Bevölkerung obligatorisch. Sie deckt ohne zeitliche Begrenzung die Behandlungskosten bei Krankheit und, soweit nicht anderweitig von Gesetzes wegen versichert, bei Unfall; eingeschlossen sind die Hauskrankenpflege und Leistungen der Gesundheitsvorsorge.

Die Versicherung wird finanziert:

a. durch Beiträge der Versicherten nach Massgabe ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit; bei Erwerbstätigen wird das volle Erwerbseinkommen zur Bemessung des Beitrags herangezogen, wobei die Arbeitgeber bei Arbeitnehmern mindestens die Hälfte übernehmen. Kinder zahlen keine Beiträge;

b. durch einen Beitrag des Bundes von mindestens einem Viertel der Ausgaben; das Gesetz regelt die Beteiligung der Kantone am Bundesbeitrag.

Das Gesetz kann eine Beteiligung der Versicherten an den von ihnen verursachten Kosten von höchstens einem Fünftel ihres Beitrages pro Jahr vorsehen; keine Kostenbeteiligung darf bei Vorsorgemassnahmen erhoben werden.

3. Die Krankengeldversicherung ist für alle Arbeitnehmer obligatorisch. Sie zahlt bei Lohnausfall infolge Krankheit ein Taggeld von mindestens 80 Prozent des versicherten Lohnes.

Die Versicherung wird finanziert durch Beiträge in Prozenten des versicherten Lohnes, wobei die Arbeitgeber mindestens die Hälfte tragen.

Der Bund sorgt dafür, dass sich gesetzlich nicht versicherte Personen der Taggeldversicherung für Leistungen bei Krankheit oder Unfall anschliessen können.

² Die Behandlungsfreiheit ist im Rahmen der Wirtschaftlichkeit gewährleistet. Bund und Kantone sorgen für die wirtschaftliche Verwendung der Finanzmittel der Versicherung. Zu diesem Zweck erlassen sie Tarif- und Abrechnungsvorschriften und legen verbindliche Spitalplanungen fest.

Art. 2

Die Bundesversammlung empfiehlt Volk und Ständen, die Initiative zu verwerfen.

Ständerat, 18. Dezember 1992

Der Präsident: Pillar

Der Sekretär: Lanz

Nationalrat, 18. Dezember 1992

Der Präsident: Schmidhalter

Der Protokollführer: Anliker

¹⁾ BBl 1986 II 304

²⁾ BBl 1991 IV 985

**Arrêté fédéral
sur l'initiative populaire
«pour une saine assurance-maladie»**

du 18 décembre 1992

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,

après examen de l'initiative populaire «pour une saine assurance-maladie»,
déposée le 17 mars 1986¹⁾;
vu le message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991²⁾,

arrête:

Article premier.

¹ L'initiative populaire «pour une saine assurance-maladie» du 17 mars 1986 est déclarée valable et soumise au vote du peuple et des cantons.

² La teneur de l'initiative est la suivante:

La constitution est complétée comme il suit:

Art. 34^{bis}

¹ La Confédération institue, par voie législative, l'assurance en cas de maladie et d'accident. Elle en confie la mise en œuvre à des institutions qui pratiquent l'assurance selon le principe de la mutualité.

1. L'assurance-accidents est obligatoire pour tous les travailleurs. La Confédération peut la déclarer obligatoire pour d'autres catégories de la population.
2. L'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques est obligatoire pour toute la population. Elle couvre sans limite de durée les frais de traitement en cas de maladie et, dans la mesure où ils ne sont pas déjà couverts en vertu de la loi, en cas d'accident; les soins à domicile et des mesures de prévention sont également couverts par l'assurance.

L'assurance est financée par:

- a. Les cotisations des assurés fixées selon leur capacité économique; pour les personnes qui exercent une activité lucrative, les cotisations sont fixées compte tenu du revenu intégral de cette activité; la moitié au moins des cotisations des travailleurs est à la charge des employeurs. Les enfants ne paient pas de cotisation;
- b. Une contribution de la Confédération qui s'élève à un quart au moins des dépenses. La loi règle la participation des cantons à cette contribution.

La loi peut prévoir que les assurés participent à la couverture des frais qu'ils occasionnent, à raison d'un cinquième au plus du montant annuel de leurs cotisations; aucune participation ne pourra être exigée pour les mesures de prévention.

3. L'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie est obligatoire pour tous les travailleurs. Elle verse, pour la perte de gain résultant de la maladie, une indemnité d'au moins 80 pour cent du salaire assuré.

L'assurance est financée par des cotisations en pour-cent du salaire assuré, dont la moitié au moins est à la charge des employeurs.

La Confédération veille à ce que les personnes qui ne sont pas assurées de par la loi puissent adhérer à l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie ou d'accident.

² La liberté thérapeutique est garantie dans les limites d'un traitement économique. La Confédération et les cantons veillent à l'utilisation rationnelle des ressources de l'assurance. A cette fin, ils édictent des prescriptions en matière de tarifs et de décomptes et établissent des planifications hospitalières contraignantes.

Art. 2

L'Assemblée fédérale recommande au peuple et aux cantons de rejeter l'initiative.

Conseil des Etats, 18 décembre 1992

Le président: Piller

Le secrétaire: Lanz

Conseil national, 18 décembre 1992

Le président: Schmidhalter

Le secrétaire: Anliker

¹⁾ FF 1986 II 308

²⁾ FF 1991 IV 961

**Decreto federale
sull'iniziativa popolare
«per una sana assicurazione malattie»**

del 18 dicembre 1992

L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,
esaminata l'iniziativa popolare «per una sana assicurazione malattie», deposti-
tata il 17 marzo 1986¹⁾;
visto il messaggio del Consiglio federale del 6 novembre 1991²⁾,
decreta:

Art. 1

¹ L'iniziativa popolare «per una sana assicurazione malattie» del 17 marzo 1986 è sottoposta al voto del popolo e dei Cantoni.

² L'iniziativa ha il tenore seguente:

La Costituzione federale è modificata come segue:

Art. 34^{bis}

¹ La Confederazione istituisce, in via legislativa, l'assicurazione contro le malattie e gli infortuni. Ne affida l'esecuzione ad istituzioni che esercitino l'assicurazione secondo il principio della mutualità.

1. L'assicurazione contro gli infortuni è obbligatoria per tutti i lavoratori dipendenti. La Confederazione può dichiararla obbligatoria per altre categorie della popolazione.
2. L'assicurazione della cura medica e dei medicinali è obbligatoria per tutta la popolazione. Essa copre, senza limiti di durata, le spese di trattamento in caso di malattia e, se non sono già assicurate altrimenti per legge, quelle in caso d'infortunio; vi sono incluse le cure a domicilio e misure di prevenzione.

L'assicurazione è finanziata con:

- a. contributi degli assicurati, secondo la loro capacità economica; per le persone esercitanti un'attività lavorativa è tenuto conto, per il calcolo del contributo, dell'intero reddito lavorativo; se si tratta di lavoratori dipendenti, almeno la metà del contributo è a carico dei rispettivi datori di lavoro. I fanciulli non pagano contributi;
- b. un contributo della Confederazione pari almeno a un quarto delle uscite; la legge disciplina la partecipazione dei Cantoni al contributo federale.

La legge può prevedere che gli assicurati partecipino alle spese da loro causate, con un quinto al massimo del loro contributo per anno; per le misure di prevenzione non può essere riscossa alcuna partecipazione.

3. L'assicurazione dell'indennità di malattia è obbligatoria per tutti i lavoratori dipendenti. Essa versa, in caso di perdita di guadagno dovuta a malattia, un'indennità giornaliera pari almeno all'80 per cento del salario assicurato.

L'assicurazione è finanziata con contributi in per cento del salario assicurato, per almeno la metà a carico dei datori di lavoro.

La Confederazione provvede affinché le persone non assicurate per legge possano aderire all'assicurazione dell'indennità giornaliera per prestazioni in caso di malattia o infortunio.

² La libertà terapeutica è garantita nei limiti dell'economicità. Confederazione e Cantoni provvedono per un impiego economico dei mezzi finanziari dell'assicurazione. A tal fine, emanano prescrizioni in materia di tariffe e conteggi e stabiliscono pianificazioni ospedaliere vincolanti.

Art. 2

L'Assemblea federale raccomanda al popolo e ai Cantoni di respingere l'iniziativa.

Consiglio degli Stati, 18 dicembre 1992

Il presidente: Piller
Il segretario: Lanz

Consiglio nazionale, 18 dicembre 1992

Il presidente: Schmidhalter
Il segretario: Anliker

¹ FF 1986 II 180

² FF 1991 IV 877