

der Kantone — die oberste Gewalt im Staate. Beim Betrachten der Wirklichkeit kann aber nicht in Abrede gestellt werden, dass die eidgenössischen Räte ihre staatsrechtliche Vorrangstellung gegenüber der Regierung zum grossen Teil eingebüsst haben. Die Presse hat immer wieder auf die Abwertung des Parlamentes gegenüber dem Bundesrat hingewiesen. Und auch wir Ratsmitglieder selber mussten leider oft die Ohnmacht der gesetzgebenden Behörde, die in unserer staatlichen Organisation das Uebergewicht haben sollte, gegenüber der ausführenden Gewalt und der Verwaltung feststellen. Die Wissenschaft und die Literatur haben diese Erscheinung näher untersucht und analysiert. Diese Verlagerung des Schwergewichts von der Legislative auf die Exekutive ergab sich im Gefolge des Ueberganges vom Rechtsstaat zum Sozial- und Leistungsstaat.

Als Mitglieder der obersten Gewalt im Bunde, die die staatliche Politik zu bestimmen hat, dürfen wir vor dieser Gewichtsverschiebung im staatlichen Gefüge nicht resignieren. Diese Entwicklung läuft nämlich dem verfassungsmässigen Konzept des Staatsaufbaues unserer Eidgenossenschaft stracks zuwider. Wir müssen uns daher ernstlich fragen, welches die Ursachen dieser «kalten Aenderung» der Verfassung sind und wie die Bundesversammlung die ihr zugedachte politische Führungsrolle gegenüber dem Bundesrat wieder einnehmen und behaupten kann. Dabei wird uns aber kaum die Regierung behilflich sein, sondern wir müssen uns selber helfen.

Eine wesentliche Ursache der Schwäche des Parlamentes scheint mir bei seinen veralteten und unzulänglichen Arbeitsmethoden zu liegen. Die riesige Entwicklung auf technischem, wissenschaftlichem, wirtschaftlichem und sozialem Gebiet in den letzten 100 Jahren hat auch die Aufgaben des Bundes gewaltig anwachsen lassen. Die Grösse und Komplexität der sich ergebenden Probleme veranlassten die Verwaltung, zu deren Lösung Fachleute und Wissenschaftler beizuziehen. Diese Sachkunde der vielfältigen Fragen hat den Einfluss der Verwaltung und damit der Regierung weit über den Bereich eines Vollzugsorgans hinaus gesteigert. Das Parlament dagegen arbeitet im wesentlichen noch unter den gleichen Bedingungen und mit den gleichen Mitteln wie im letzten Jahrhundert. Es hat einfach die kürzeren Spiesse als der Bundesrat.

Eine Stärkung des Parlamentes als Gesetzgeber und Aufsichtsinstanz wird daher nur durch eine grundlegende Reform seiner Einrichtungen und Methoden erreicht werden können. Diese müssen den Anforderungen des modernen Leistungsstaates durch den Aufbau wirksamer parlamentarischer Hilfsdienste angepasst werden. Erste Schritte in dieser Richtung sind bereits getan worden durch den Ausbau des Sekretariates der Bundesversammlung, die Schaffung des Dokumentationsdienstes und des ständigen Sekretariates der Geschäftsprüfungskommissionen. Dank einer kürzlich beschlossenen Erhöhung der Subventionen werden die Fraktionen instand gesetzt werden, ihre Sekretariate zu bedeutungsvollen Instrumenten auszubauen, die den Parlamentariern wichtige Entscheidungshilfen bieten können.

In unserem eigenen Interesse müssen wir Parlamentarier dem weiteren Ausbau unserer Parlamentsdienste grösste Beachtung schenken. Wie im Ausland muss auch in der Schweiz das Parlament durch Schaffung eines Hilfsapparates in die Lage gesetzt werden, dem Sachverstand der Regierung und Verwaltung etwas Gleichwertiges gegenüberzustellen.

Durch die sachkundigen Hilfsdienste sind die Köpfe der Parlamentarier freizumachen für ihre eigentliche Aufgabe, die politische Arbeit der Führung und Gestaltung des Staates.

Wir sind im Begriffe, unser Geschäftsreglement zu revidieren, das den Parlamentsbetrieb ordnet. Eine Rationalisierung und Straffung unserer Arbeit sollte uns ein wichtiges Anliegen sein. Wenn wir der Legislative wieder mehr Gewicht gegenüber dem Bundesrat geben wollen, müssen wir uns auf die wesentlichen Punkte konzentrieren und auch unsere oft allzu langen Debatten auf ein vernünftiges Mass beschränken, besonders dann, wenn die Fraktionen zur Hauptsache übereinstimmen. Damit könnten wir uns aus dem ständigen Zeitdruck befreien und den nötigen Raum für wirkliche politische Auseinandersetzungen gewinnen.

Wenn diese und andere Parlamentsreformen getroffen werden, wird sich die Frage, ob das bisherige Milizsystem durch das Berufsparlament ersetzt werden soll, noch nicht aufdrängen. Durch neue Institutionen und Hilfsmittel sowie Verbesserungen am Ratsbetrieb gilt es, das Parlament wieder aufzuwerten. Die Volksvertretung soll wieder genügend Gewicht erhalten, dass sie sich gegenüber Regierung und Verwaltung behaupten kann und dass sie ihre Aufgabe als Gesetzgeber und als Aufsichtsbehörde wieder besser und unabhängiger erfüllen kann. Unser Parlament kann seine Rolle als höchste Instanz in unserem demokratischen Staate nur spielen, wenn seine Einrichtungen und seine Arbeitsweise auf der Höhe der Zeit sind.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, unter der Bundeskuppel über dem Treppenaufgang zum Nationalratssaal stehen in lateinischer Sprache in Stein eingraviert die Worte: *salus publica suprema lex esto*. Zu deutsch: «Das öffentliche Wohl sei das oberste Gesetz». Lassen wir uns bei unserer parlamentarischen Tätigkeit von dieser alten Staatsweisheit leiten. Unser Wirken möge dem Schweizerland und dem Schweizervolk zum Segen gereichen. (Beifall)

11 572. Bundesverfassung. Krankenversicherung. Bericht zum Volksbegehren

Constitution fédérale. Assurance-maladie. Rapport sur l'initiative

Botschaft und Beschlussentwurf vom 19. März 1973
(BBl I, 940)

Message et projet d'arrêté du 19 mars 1973 (FF I, 908)

Beschluss des Ständerates vom 25. September 1973
Décision du Conseil des Etats du 25 septembre 1973

Antrag der Kommission

Eintreten.

Proposition de la commission

Passer à la discussion des articles.

Berichterstattung — Rapport général

M. Martin, rapporteur: Résumer en les condensant les divers projets qui, dès 1967, ont vu le jour pour améliorer notre système d'assurance-maladie; donner un aperçu des discussions sans fin, parfois passionnées, sur ce projet; faire un choix et un tri dans le monceau de textes, avis et consultations que nous avons reçus, est presque une gageure. Devant la nécessité de respecter l'horaire de nos travaux, nous allons tenter de résumer les données du problème avec les arguments que nous avons entendus et les interprétations des uns et des autres, en renonçant à tout dire, à tout commenter et à tout expliquer de ce problème fort complexe.

L'assurance-maladie et accidents est la plus ancienne branche des assurances sociales dans notre pays et en même temps celle qui a été le moins adaptée aux exigences modernes. Depuis 1890 déjà, la Confédération a la compétence d'introduire l'assurance en cas de maladie et d'accidents et même de la déclarer obligatoire en général ou seulement pour certaines catégories de la population. Mais il a fallu attendre jusqu'en 1911 pour qu'une loi fédérale soit insituée et que soit créé un régime qui n'a guère été modifié jusqu'ici, si ce n'est partiellement en 1964. L'assurance-maladie, facultative sur le plan fédéral, s'étend à tous les cas de maladie, à l'exception des affections dentaires; elle est financée essentiellement par des cotisations individuelles sans compensations notables sous forme de prestations sociales, la Confédération ayant cependant prévu 554 millions au budget de 1973 et 650 millions au budget de 1974 pour diminuer indirectement les cotisations. Seule une partie des assurés — les deux tiers environ — est assujettie à l'assurance-accidents.

Plusieurs interventions, provenant de divers milieux, ont incité le Conseil fédéral à nommer en 1969 une commission d'experts pour l'assurance-maladie; en 1967, une autre commission avait été désignée pour l'assurance-accidents. La première a, par la suite, présenté des propositions connues sous le nom de «modèle de Flims», qui envisagent une assurance fédérale protégeant la population avant tout contre les risques résultant de l'hospitalisation. Cette assurance-hospitalisation devait être obligatoire pour l'ensemble de la population. Elle était envisagée avec des cotisations en pour-cent du salaire.

Avant la fin des travaux de la commission d'experts, le Parti socialiste suisse avait déposé, le 31 mars 1970, une initiative dont les exigences vont sensiblement plus loin: l'assurance en cas de maladie, d'affections dentaires et de maternité devait être obligatoire pour toute la population; quant aux gros risques, l'ensemble des frais devait être supporté par l'assurance. Celle-ci serait financée par des cotisations en pour-cent du salaire, ainsi que par des contributions de la Confédération et des cantons.

Les critiques du public dirigées contre le modèle de Flims, puis contre l'initiative, ainsi que les motions Blatti, Naegeli et Hofmann, ont incité le Conseil fédéral à présenter un nouvel article constitutionnel, conçu comme un contre-projet à l'initiative.

Si le Conseil fédéral s'est décidé pour cette solution, c'est en raison du manque de temps résultant du délai légal dans lequel doit être traitée l'initiative et des divergences fondamentales apparues dans le cercle des intéressés.

Le contre-projet se fondait sur le modèle de Flims, mais étendait la notion de gros risques à des traitements très onéreux. Il ne se limitait donc pas à l'hospitalisation. L'assurance contre les gros risques, obligatoire pour tout le monde, devait être essentiellement financée par des cotisations en pour-cent du salaire.

Cette proposition a également soulevé des critiques, qui ont eu pour effet d'amener médecins, dentistes et caisses-maladie à une entente, connue sous le nom de projet «Rencontre». Celle-ci s'est élevée contre la discrimination entre assurance obligatoire contre les gros risques et assurance facultative contre les autres risques. Elle a proposé une assurance entièrement facultative qui devait néanmoins être financée en partie par des cotisations obligatoires pour tous, pour des raisons de solidarité entre tous les citoyens. En outre, elle prévoyait un impôt sur les produits nuisibles à la santé.

Dans sa session de septembre 1973, le Conseil des Etats a repris partiellement les suggestions de cette entente. Selon sa décision, l'assurance-maladie reste en principe facultative, mais le versement d'une cotisation est obligatoire. Celle-ci, qui ne doit pas dépasser 2 pour cent du revenu de l'activité lucrative, contribuera à diminuer les frais de maladie résultant de gros risques, en particulier de traitements hospitaliers. Le Conseil des Etats renonce à la perception d'un impôt spécial. D'après ce projet, l'assurance d'une indemnité journalière et l'assurance-accidents restent en principe facultatives; elle peuvent toutefois être rendues partiellement ou entièrement obligatoires par la Confédération et par les cantons.

Votre commission a tenu cinq jours de séance en présence de M. Tschudi, conseiller fédéral, de MM. Frauenfelder et Naef, directeur et sous-directeur de l'Office fédéral des assurances sociales, et de M. le professeur Kaiser, spécialiste en matière actuarielle, ainsi que de leur personnel, que nous remercions de leur précieuse collaboration.

Votre commission a tenté d'élaborer un projet équilibré tenant compte du grand nombre de propositions contradictoires et des intérêts qui s'opposent. Il peut être utile, pour bien comprendre les solutions proposées, d'esquisser d'abord les caractéristiques de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents actuelles, en soulignant les problèmes auxquels elles ne donnent plus de solution satisfaisante.

L'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques a ceci de particulier qu'elle est facultative pour la Confédération. Elle diffère sur ce point de la seconde grande branche sociale de la Confédération, à savoir l'assurance-vieillesse. En dépit de ce caractère facultatif, le besoin éprouvé par la population de se protéger contre les conséquences économiques de la maladie a incité la majorité des habitants de notre pays à entrer dans une caisse-maladie. A l'heure actuelle, 90 pour cent de la population sont affiliés à une caisse-maladie et 3 pour cent, selon les estimations, sont membres d'une compagnie d'assurance-maladie privée. Sur ce total, un quart seulement des habitants sont soumis à une obligation imposée par le canton ou la commune. Les personnes non assurées sont vraisemblablement surtout les vieillards qui ont dépassé l'âge admis pour entrer dans une caisse-maladie.

Les prestations de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques couvrent en premier lieu le risque de maladie. L'assurance-maternité fait aussi partie des pres-

tations obligatoires des caisses-maladie, les mêmes montants que pour la maladie étant exigibles après un délai d'attente de neuf mois. Aucune prestation n'est en revanche due pour les traitements dentaires (exécutés par des dentistes), ni pour les mesures destinées à prévenir la maladie.

L'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques est financée avant tout par les primes que versent les assurés, perçues en général selon un système de cotisations à taux fixe. Il faut ajouter à cela les subventions des pouvoirs publics (20 pour cent), la participation aux frais des assurés sous forme de franchise et de la partie du dommage non couverte par l'assurance (8 pour cent environ) et les cotisations versées par les employeurs aux assurances collectives (4 pour cent environ). La péréquation sociale n'est qu'imparfaitement résolue.

L'assurance d'une indemnité journalière est facultative tout comme l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Il convient de remarquer à ce propos que les prestations sont en général moins élevées que la couverture de la perte de gain ne l'exigerait. Cette partie de l'assurance ne tient notamment compte qu'en partie de l'inflation et de l'augmentation des revenus.

Pour l'assurance-accidents, il existe une obligation partielle à laquelle deux tiers environ des salariés sont soumis. Mais, grâce à la conclusion de contrats de travail et d'accords librement consentis, plus de 90 pour cent des travailleurs sont actuellement assurés contre les accidents. Les assurés reçoivent des prestations sous forme de soins et d'indemnités journalières, en cas d'accident du travail et souvent aussi en cas d'accident non professionnel. L'assurance-accidents est financée par des primes qui sont à la charge du propriétaire de l'entreprise pour les accidents du travail.

La branche sociale dont il est question a certes accompli une tâche importante au cours des six décennies de son existence, mais il est urgent de l'adapter à une situation qui a beaucoup évolué. En effet, elle ne satisfait plus aux exigences que l'on est en droit d'avoir maintenant à l'égard d'une assurance-maladie dite sociale, en raison de ce que l'on appelle l'explosion des coûts de la médecine.

Examinons maintenant un certain nombre de points sur lesquels la commission a porté son attention:

1. Nul ne conteste qu'il faille étendre les prestations de l'assurance. L'exclusion de tous les soins dentaires de l'assurance constitue une lacune qu'il s'agira de combler de manière équitable et raisonnable. En outre, la plus grande attention doit être vouée à l'hygiène et à la prophylaxie. Ce secteur, qui n'est pas très coûteux, doit aussi pouvoir bénéficier de l'assurance.

2. Nul ne conteste non plus l'existence d'un problème en ce qui concerne les personnes non assurées. A l'heure actuelle, environ 7 pour cent de la population ne sont pas assurés contre la maladie. Cette proportion sera peut-être de 5 pour cent au moment de l'entrée en vigueur de nouvelles dispositions légales. Il s'agit là d'un nombre relativement peu élevé. Mais l'importance du problème ne doit pas être jugée d'après ce nombre; ce qu'il faut savoir, c'est si, parmi les personnes non assurées, il existe un besoin vital d'être protégé par une assurance. Tel n'est certainement pas le cas pour le petit groupe de gens riches qui ne veulent pas s'assurer parce qu'ils peuvent supporter facilement les frais occasionnés par la maladie. Cependant, la plus grande partie des personnes non assurées semble se composer de personnes

âgées qui n'ont jamais été assurées ou dont le contrat d'assurance a pris fin. Elles ne peuvent plus entrer dans une caisse-maladie, étant donné qu'elles ont dépassé l'âge-limite. Or il faut réserver aux caisses la possibilité de fixer cette limite d'âge, dans un système d'assurance facultative, sinon les mauvais risques s'accumuleraient. On ne saurait en effet obliger les caisses à accepter des groupes d'âge particulièrement sujets à la maladie, à moins que les frais supplémentaires occasionnés ne soient couverts par des subventions des pouvoirs publics. Il ne faut pas passer ce problème sous silence.

3. Le régime suisse de l'assurance-maladie ne connaît de péréquation sociale que dans une mesure très limitée. C'est seulement au moyen de subventions qu'on réussit à diminuer les frais d'assurance, notamment pour les femmes, les enfants et la maternité. L'assurance-maladie actuelle n'observe pas le principe de la solidarité, qui caractérise les branches sociales modernes. La nouvelle réglementation de l'assurance-maladie devra tenir compte de ce principe, en allégeant le fardeau des familles nombreuses et en faisant supporter aux groupes les plus aisés une partie des frais des soins médicaux et pharmaceutiques pour les couches les moins favorisées de la population.

4. La revision de l'assurance-maladie est dominée par un problème dont la cause n'a rien à voir avec les questions d'assurance: il s'agit de l'évolution galopante enregistrée dans le domaine des soins médicaux et pharmaceutiques, c'est-à-dire de l'augmentation rapide et excessive des frais. En dix ans, les frais des soins médicaux et pharmaceutiques ont presque triplé et les frais d'hospitalisation ont à peu près quintuplé! Pareille augmentation s'explique en partie par l'évolution qu'a subie la médecine et par les prix des instruments qu'elle utilise, en partie par la nécessité d'adapter les salaires et les conditions de travail du personnel hospitalier. Faute de planification hospitalière suisse efficace, les moyens financiers disponibles sont souvent utilisés de manière peu rationnelle et les établissements hospitaliers sont équipés d'une façon qui, parfois, répond plutôt aux désirs des médecins en chef qu'aux besoins des malades. A cela s'ajoute la «surconsommation médicale»: en 1971, les assurés ont annoncé aux caisses-maladie plus de cas de maladie qu'en 1966 (augmentation moyenne supérieure à 30 pour cent); il s'agissait le plus souvent d'affections bénignes. Cette recrudescence de morbidité correspond en partie à l'évolution de la société moderne, mais elle est aussi due en partie à une sorte d'inflation des exigences des assurés, qui ne se justifie d'ailleurs guère: ces assurés sont trop volontiers prêts à confier à leur médecin la responsabilité de leur santé. Et si certains médecins se montrent économes des deniers publics, de ceux des assurances et de ceux des assurés, d'autres sont trop enclins à favoriser la surconsommation médicale et à négliger le principe d'une sage économie des soins médicaux et pharmaceutiques.

De son côté, le régime de l'assurance-maladie ne peut limiter qu'en partie cette évolution galopante des frais. En effet, le législateur se trouve placé devant l'épineux problème suivant: d'un côté, il faut créer une assurance aussi complète que possible en raison des frais élevés, car on ne saurait attendre de chacun qu'il règle lui-même les factures; de l'autre, il doit mettre un frein à cette assurance, pour forcer les assurés, les médecins et les organismes qui financent les hôpitaux à réaliser des économies.

5. Enfin, il ne faut pas oublier que l'activité sociale est exercée par les caisses-maladie et par les médecins. Leur coopération est indispensable. C'est pourquoi il faut pouvoir trouver une réglementation qui soit acceptée par ces deux partenaires des assurés.

A la fin de cette revue des problèmes posés par l'assurance-maladie, je ne puis m'empêcher de constater que bien des fils aboutissent à cet écheveau et qu'on ne saurait démêler l'écheveau sans couper les fils, tant il est vrai que la santé présente des éléments subjectifs et que l'assurance-maladie n'est pas une assurance de choses, mais une assurance se rapportant à des êtres humains.

Au cours des séances de commission, nous avons essayé de trouver une solution raisonnable et équilibrée au problème de l'assurance-maladie. Dans sa conception, l'initiative populaire du Parti socialiste suisse et de l'Union syndicale suisse va au-delà des exigences de la politique sociale. La commission vous propose, par 13 voix contre 7, de rejeter cette initiative. Les motifs invoqués sont exposés ci-dessous, en relation avec la solution que nous vous proposons.

La commission, après avoir examiné les contre-propositions du Conseil fédéral et du Conseil des Etats, présente un projet qui contient des éléments des deux propositions, ainsi que quelques adjonctions et modifications. Elle a tenu compte pour l'essentiel de la décision du Conseil des Etats, qu'elle a cependant modifiée sur plusieurs points.

Voici, exposées schématiquement, les diverses solutions auxquelles a abouti la commission:

1. Les prestations doivent s'étendre notamment aux affections dentaires et à la prophylaxie. L'extension des prestations à l'intérieur des différentes branches de l'assurance sera réglée par la législation.

Sur ce point, votre commission s'en tient aux propositions du Conseil fédéral et du Conseil des Etats. Il serait peu judicieux d'englober dans l'assurance tous les soins dentaires, d'une façon obligatoire, comme le voudraient les promoteurs de l'initiative, car ceux qui ont soigné leurs dents paieraient pour ceux qui les négligent. L'extension des prestations prévue satisfait aux exigences de la situation actuelle.

2. En ce qui concerne le caractère obligatoire de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, la commission a suivi l'opinion du Conseil des Etats. Deux arguments parlent en faveur de l'introduction d'une assurance obligatoire: l'inclusion des personnes âgées non assurées et la création d'une péréquation sociale. Si l'on arrive à satisfaire à ces exigences sans rendre l'assurance obligatoire, il n'y a pas lieu d'abandonner le système libéral.

Quant au problème des personnes âgées, le postulat du Conseil des Etats accepté par le Conseil fédéral offre une solution satisfaisante. Une subvention fédérale spéciale permettra aux personnes âgées non assurées d'entrer dans une caisse-maladie. La commission s'abstient de proposer au Conseil un texte qui ne serait que la répétition du postulat.

En ce qui concerne la péréquation sociale, on peut y arriver en faisant payer une cotisation à chacun, comme dans l'AVS. Un financement solidaire de l'activité sociale serait ainsi réalisé d'une manière équitable. En équilibrant les contributions solidaires et les contributions individuelles, on pourrait satisfaire aux exigences sociales découlant de l'assurance sans supprimer la responsabilité ni le libre choix des assurés. De cette manière

également, il sera possible d'éviter cette division de l'assurance que redoutent le corps médical et les caisses-maladie.

Pour l'assurance d'une indemnité journalière et l'assurance-accidents, l'obligation s'étendant à tous les travailleurs se justifie pleinement, cela contrairement à ce qu'a proposé le Conseil des Etats. Il s'agit là d'une question d'égalité de traitement et d'une mesure qui répond aux exigences d'une politique sociale équilibrée.

3. Le problème du financement de l'assurance a provoqué des divergences de vues particulièrement importantes. Remarquons à ce sujet que, pour une somme de prestations égale, la charge grevant l'économie reste la même, quel que soit le genre de financement adopté. Il nous faut même partir de l'idée que toute péréquation sociale réalisée au moyen d'impôts ou de cotisations en pour-cent du salaire peut voir ses effets atténués par suite de la répercussion sur les prix. Il est néanmoins indiqué de répartir les frais selon une clef appropriée.

La commission a adopté la clef que le Conseil des Etats a trouvée. Cependant, la péréquation sociale réalisée au moyen de cotisations en pour-cent du salaire paraît trop faible si on la limite à 2 pour cent du revenu de l'activité lucrative. Sur un total de dépenses de 6 milliards de francs pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques en 1976, on ne pourrait couvrir que 1,8 milliard, soit environ un tiers des frais. Après déduction des subventions publiques prévues (16 pour cent), plus de 50 pour cent des frais devraient encore être couverts par les cotisations individuelles, en dehors de la péréquation sociale. La majorité de la commission estime que le taux fixé dans cette clef est insuffisant et propose de porter la cotisation générale à 3 pour cent. Il serait ainsi possible de couvrir approximativement 50 pour cent du coût total de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, les cotisants individuels n'ayant plus qu'un bon tiers de la charge à payer.

Comme le Conseil fédéral l'expose dans les Perspectives financières de la Confédération pour 1975 et 1976 (du 24 octobre 1973), la limitation de la cotisation à 2 pour cent du revenu de l'activité lucrative grèverait rapidement la caisse fédérale beaucoup plus qu'il n'a été prévu. Pour cette raison également, il est recommandé de fixer le taux à un niveau qui permette de tenir compte de la péréquation sociale.

L'augmentation de la cotisation permet en outre d'utiliser les moyens financiers disponibles non seulement en vue de diminuer les frais d'hospitalisation, mais aussi pour d'autres formes de soins médicaux et pharmaceutiques et pour la maternité. On évite de la sorte de trop engager les patients à suivre leurs traitements dans des établissements hospitaliers.

La majoration du taux évite aussi de frapper d'impôts spéciaux les produits nuisibles à la santé, ce qui amènerait des difficultés d'ordre juridique pour les boissons distillées et le tabac, étant donné que tous les impôts grevant ces produits sont réservés à l'AVS. On ne saurait d'autre part frapper le vin d'une taxe spéciale, pour des raisons politiques; quant aux autres produits, il ne peut être sérieusement question de les taxer spécialement.

Ainsi la cotisation de solidarité, calculée en pour-cent du salaire, résout de façon équitable le problème du financement puisqu'il permet de réduire à un tiers environ la part des frais qui doivent être couverts par les contributions individuelles. Cette cotisation résout si-

multanément le problème de la péréquation sociale: en effet, elle décharge les classes inférieures de revenu et libère les familles d'une bonne partie des primes d'assurance pour les enfants qui ne sont pas sujets à cotisation, mais à qui la diminution des frais profite.

4. La cotisation sert en outre à freiner l'évolution galopante des frais: au cas où elle est versée directement aux établissements hospitaliers, elle peut être liée à des conditions qui ont pour effet de diminuer les frais. La limitation du taux à 3 pour cent, fixée par la constitution, constituerait un frein puissant. Si les frais de maladie devaient continuer à subir une hausse plus rapide que les salaires, la part des frais pouvant être couverte par la cotisation diminuerait. Ce danger, qui menace la Confédération, les cantons et les hôpitaux, devrait les inciter à donner aux soins médicaux et pharmaceutiques une forme aussi économique que possible. Si, cependant, la cotisation générale n'était pas calculée en pour-cent du salaire mais en pour-cent des frais de soins médicaux et pharmaceutiques, l'effet de freinage disparaîtrait, car elle augmenterait sans cesse à mesure que les frais prendraient de l'importance. Une telle évolution n'est économiquement plus supportable. Comme le relève le Conseil fédéral dans le budget 1974 (p. 55), notre pays se trouve de plus en plus devant un dilemme: «D'une part, on exige constamment une augmentation du bien-être matériel, une amélioration de la sécurité sociale et un développement de presque tous les services de l'Etat, alors que l'expansion de l'économie connaît des limites toujours plus restreintes.»

Il s'agira de créer un autre frein à l'évolution galopante des frais en établissant une planification hospitalière nationale. Cependant, l'évolution des frais dépend en fin de compte de la volonté des médecins surtout, mais également de celle des organismes soutenant financièrement les hôpitaux et de toute la population, de garder une certaine mesure aussi dans le domaine des soins médicaux et pharmaceutiques. Le principe d'une sage économie appliqué à l'assurance ne saurait être efficace que si chacun est prêt à ne pas dépasser des limites raisonnables.

5. Enfin, le projet que votre commission vous soumet tient aussi compte des rapports entre les médecins, les caisses-maladie et les assurés. La sauvegarde des caisses est entièrement assurée, car elles n'ont pas à craindre que leurs membres les quittent, ce qui aurait été concevable si leur activité auprès du public se réduisait à l'assurance des petits risques.

Les médecins se voient garantir la liberté de traitement, qui constitue l'élément essentiel de la médecine libre.

Quant aux assurés, ils ont le libre choix du médecin. On leur accorde en outre la protection tarifaire, sans laquelle aucune assurance-maladie ne peut remplir sa tâche. L'assuré doit pouvoir compter sur le fait que les prestations de l'assurance couvrent effectivement les frais de maladie. Comme jusqu'ici, cette protection ne s'applique pas ou ne s'applique que sous une forme atténuée aux classes de revenu élevé.

On peut dire en résumé que la proposition de votre commission représente une solution équitable, tenant compte de tous les besoins et de tous les intérêts légitimes.

En conclusion, nous pouvons ajouter qu'en ne perdant pas de vue qu'il s'agit d'une modification constitutionnelle qui doit donner des directives et ne pas se per-

dre dans les détails réservés à la loi, votre commission vous présente cette solution discutée certes, mais admise à une majorité.

C'est pourquoi, au nom de la commission unanime, cette fois-ci, je vous propose d'entrer en matière et de classer les trois motions Blatti, Hofmann et Naegeli sur cet objet.

Trottmann, Berichterstatter: Mit der Zustimmung zum Artikel 34bis der Bundesverfassung wurde dem Bunde im Jahre 1890 die Kompetenz übertragen, unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Unfallversicherung einzurichten. Diese Kompetenz für eine bundesrechtlich geordnete Kranken- und Unfallversicherung war umfassend und zeugt auch heute noch für die Aufgeschlossenheit und die Weitsicht der damaligen Behörden. Rückblickend darf mit Anerkennung festgehalten werden, dass das KUVG von 1911 viele Jahrzehnte zu genügen vermochte und eine erste Teilrevision erst 1960 eingeleitet werden musste. Obwohl die dann 1964 beschlossene Teilrevision zugunsten der kranken Mitmenschen Leistungsverbesserungen brachte und den Krankenkassen höhere Bundesbeiträge sicherte, vermochte sie nicht zu befriedigen. Zu sehr wurde während den Beratungen zwischen Aerzten und Krankenkassen um das Arztrecht gestritten und die notwendige Anpassung des KUVG an eine moderne und leistungsfähige Sozialversicherung verpasst. Sehr bald waren denn auch in mehreren Kantonen die Tarifverträge zwischen Aerzten und Krankenkassen aufgekündigt worden und vertragslose Verhältnisse die Regel. Die Teilrevision des KUVG hatte daher 1964 die vorhandenen Erwartungen nicht erfüllt. Bereits im Jahre 1966 hat der Christlich-Nationale Gewerkschaftsbund der Schweiz (CNG) dem Bundesrat Vorschläge für eine grosse Revision des KUVG unterbreitet. Diese Forderungen umfassten ein beschränktes Obligatorium für die Krankenpflege, Teilobligatorium für Krankengeld, um bei Erwerbsausfall 80 Prozent des Lohnes zu sichern; die Einführung der Familienversicherung und eine 50prozentige Beteiligung des Arbeitgebers an den Krankenkassenprämien. Auch der Bericht der Kommission für Altersfragen von 1966 verlangt einen besseren Schutz der älteren Bevölkerung gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheiten. Schliesslich hat auch der Schweizerische Invalidenverband im Jahre 1967 eine Revision des KUVG vorgeschlagen, um den Invaliden einen besseren Versicherungsschutz gewährleisten zu können. In verschiedenen parlamentarischen Vorstössen wurde seit 1966 eine umfassende Revision des KUVG gefordert, um ein Krankenversicherungswesen zu schaffen, das den Anforderungen an einen ausgebauten und modern gestalteten Sozialversicherungszweig zu genügen vermag. Andere parlamentarische Vorstösse befassten sich mit der grossen Kostenexplosion in der Krankenversicherung und den steigenden Bundesleistungen an die Krankenkassen. Sie verlangten entsprechende Massnahmen. Vorschläge wurden auch gemacht, um die doppelte Beteiligung der Patienten an den Kosten durch prozentualen Selbstbehalt und Franchise in festen Franken zu vereinfachen, während andere Vorstösse auf höhere Beteiligungen der Patienten an den Krankenpflegekosten abzielten.

Am 28. Dezember 1967 stellte der Bundesrat den Kantonsregierungen, den Wirtschaftsverbänden, poli-

tischen Parteien, Verbänden und den an der Durchführung der Krankenversicherung beteiligten Aerzten und Krankenkassen die Frage, ob der Zeitpunkt für eine umfassende Neuordnung der Krankenversicherung gekommen sei. Die Revisionsbedürftigkeit der Krankenversicherung wurde in zahlreichen Vernehmlassungen bejaht und, wie im Expertenbericht dargelegt, mit unterschiedlicher Gewichtung wie folgt begründet: Kostenexplosion seit 1965; ungenügende bzw. unzweckmässige Finanzierung; Fehlen eines wenigstens teilweisen Bundesobligatoriums; ungenügender Versicherungsschutz gegen grosse Risiken, (insbesondere Spitalbehandlung und Alterskrankheiten); Schwerfälligkeit der Organisation und des Tarifwesens; mangelnde Koordination mit anderen Sozialversicherungszweigen. Verschiedene Vernehmlassungen regten zudem an, die vorliegenden Aenderungen des KUVG wenn nötig durch Teilrevisionen vorwegzunehmen.

Gestützt auf diese positiven Stellungnahmen hat das Departement des Innern am 21. Februar 1969 eine Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung bestellt, mit dem Auftrag, alle Fragen, die sich im Hinblick auf eine Revision der Krankenversicherung stellen, zu prüfen und ihm zuhanden des Bundesrates darüber Bericht zu erstatten. Dieser Expertenkommission gehörten rund 60 Mitglieder an, die sich neben den Vertretern der Aerzte und Apotheker, der Krankenkassen, der Arbeitgeber- und der Arbeitnehmerverbände auch aus Vertretern der Privatversicherung und verschiedener sozialer Organisationen zusammensetzte. Die Expertenkommission hatte ihre Arbeit am 20. März 1969 aufgenommen und sich in zwei Subkommissionen aufgeteilt, die einerseits die finanziellen und andererseits die leistungsmässigen Fragen behandelten. Auftrag und Ziel der Expertenkommission waren auf eine durch die Revision des KUVG zu verwirklichende Neuordnung der Krankenversicherung ausgerichtet.

Von der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz wurde dann am 31. März 1970 eine Volksinitiative für eine soziale Krankenversicherung eingereicht, die über 88 000 gültige Unterschriften auf sich vereinigt hatte. Wie bereits früher die Eingaben der Verbände und Organisationen, die parlamentarischen Vorstösse aller Art, wurde auch diese Initiative der Expertenkommission zugewiesen, damit die Studien für die Neuordnung der Krankenversicherung in Kenntnis aller Anregungen und Vorschläge erfolgen konnten. Die Frist für die Behandlung dieser Volksinitiative wurde vom Parlament um ein Jahr erstreckt, so dass die parlamentarische Behandlung des Initiativbegehrens fristgerecht bis zur Märzsession 1974 abgeschlossen sein muss. Die erforderliche Volksabstimmung über die sozialdemokratische Initiative für eine soziale Krankenversicherung kann daher innerhalb der üblichen Fristen voraussichtlich im Herbst 1974 stattfinden.

Die Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung erstattete den Schlussbericht am 11. Februar 1972. Dieser Bericht umfasst rund 300 Seiten und enthält die Grundsätze, nach denen eine moderne Krankenversicherung gestaltet sein sollte. Im zentralen Bereich ist die Expertenkommission jedoch geteilter Meinung. Die Mehrheit der Kommission beantragt unter der Bezeichnung «Flimser Modell» eine Zweiteilung der Krankenpflegeversicherung in eine obligatorische, lohnprozentual zu finanzierende Spitalversicherung und eine freiwillige, nach Kopfbeiträgen finanzierte ambulante Krankenversicherung. Die Kom-

missionsmehrheit glaubte, mit einer solchen Zweiteilung der Krankenversicherung die hohen Spitalkosten in den Griff zu bekommen. Die Minderheit der Expertenkommission lehnte eine Zweiteilung der Krankenversicherung ab und beantragte, um den notwendigen Lastenausgleich besser verwirklichen zu können, einen Teil der Krankenpflegekosten lohnprozentual zu finanzieren. Die übrigen Kosten wären wie bisher durch Kopfbeiträge, eine Beteiligung der Patienten an den Krankenpflegekosten und durch Beiträge des Bundes und der Kantone zu finanzieren. Alle weiteren, mit dem Flimser Modell vorgeschlagenen Verbesserungen in der Krankenversicherung, wie Leistungsausbau, vorbeugende Massnahmen, Kostenvergütungen bei Zahnerkrankungen, Obligatorium der Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer und allenfalls für weitere Bevölkerungsgruppen, waren unbestritten.

Der Expertenbericht wurde in der Schlussabstimmung wegen der umstrittenen obligatorischen Spitalversicherung lediglich mit 27 Ja zu 13 Nein, bei 10 Enthaltungen, gutgeheissen. Hinsichtlich der Kostenentwicklung der Krankenversicherung hat die Expertenkommission festgestellt, dass zwischen 1960 und 1970 eine Kostenexplosion zu verzeichnen war. Stiegen die Lebenshaltungskosten innert diesen 10 Jahren um 40 Prozent, die durchschnittlichen Arbeiterlöhne um 100 Prozent, so war bei der ärztlichen Behandlung eine Kostensteigerung auf 239 Prozent, bei den Arzneimitteln eine solche auf 290 Prozent und bei den Spitalern gar eine Kostensteigerung auf 490 Prozent zu verzeichnen. Im gesamten beträgt die Kostensteigerung 290 Prozent, während sich aber die Löhne lediglich verdoppelt haben. Diese unbestrittenen Feststellungen der Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung bewiesen die Dringlichkeit der Revision des KUVG.

Die Vernehmlassungen zum Expertenbericht waren in der zentralen Frage der Neuordnung der Krankenversicherung gleicherweise gespalten wie die Schlussnahme der Kommission. Die Zweiteilung der Krankenversicherung in eine Spitalversicherung und eine ambulante Versicherung wurde mehrheitlich abgelehnt. Andererseits wurden aber auch zahlreiche neue Modelle für die Neuordnung der Krankenversicherung entwickelt. Das Konkordatsmodell war für die Einheit der Versicherung und unterstützte die unbestrittenen Vorschläge der Expertenkommission. Dieses Modell wurde auch von einer Petition begleitet, die innert kurzer Zeit über 600 000 Unterschriften erzielte. Innerhalb der Krankenkassen waren aber auch noch andere Modelle entwickelt worden, wobei aber das Modell 72 wegen Fehlberechnungen und Fehlschätzungen modifiziert werden musste. Aerzte und ihnen befreundete Kreise bemühten sich ebenfalls um zweckmässige Vorschläge. Allerdings konnte das Solothurner Modell nie befriedigen, da dieses Modell neben praktisch unerschwinglichen Kopfprämien zudem noch eine über 30prozentige Kostenbeteiligung der Patienten an die Kosten der Krankenpflegeversicherung vorsieht.

Das Departement des Innern musste in dieser Situation entscheiden, ob weiterhin eine Revision des KUVG angestrebt werden soll oder ob der sozialdemokratischen Initiative ein Gegenvorschlag auf Verfassungsebene entgegengestellt werden soll oder kann. Das Departement wählte aus zeitlichen Gründen den Weg über den Verfassungsvorschlag, so dass, allerdings ohne ein Verschulden der Amtsstellen, für die Neuordnung der Krankenversicherung mit einer Verzögerung von zwei bis drei Jahren zu rechnen ist. Dies ist zu bedauern, da

wegen dieser Verzögerung die Invaliden und Betagten, soweit sie nicht versichert sind, des erforderlichen Versicherungsschutzes verlustig gehen und auch die Versicherten mit Vorbehalten weiter benachteiligt sind. Die notwendige Neuordnung der Krankenversicherung zu einem Versicherungswesen, das den Anforderungen an einen ausgebauten und modern gestalteten Sozialversicherungszweig zu genügen vermag, kann daher erst nach der Volksabstimmung über die neue Verfassungsgrundlage der Krankenversicherung zur Beratung kommen.

Der geltende Verfassungsartikel über die Kranken- und Unfallversicherung wäre dank der umfassenden Kompetenz durchaus genügend, die Krankenversicherung der heutigen Zeit anzupassen. Mit der sozialdemokratischen Volksinitiative wird aber auf Verfassungsebene ein Vollobligatorium der Krankenpflegeversicherung einschliesslich der Zahnbehandlung vorgeschlagen. Für schwerbelastende sowie langdauernde Krankheiten und ihnen gleichzustellende nicht versicherte Unfälle, bei Spitalaufenthalt und für Mutterschaft, wird zudem volle Kostendeckung verlangt.

Für die Finanzierung der Krankenpflegeversicherung und der Krankentaggeldversicherung in der Höhe von 80 Prozent des vorbezogenen Lohnes schlägt die Initiative für die Erwerbstätigen lohnprozentuale Beiträge vor. Für die Krankenpflegeversicherung wären überdies Beiträge des Bundes, der Kantone und der Versicherten vorgesehen.

Diesem Konzept stellte nun der Bundesrat einen Gegenvorschlag entgegen, der von den eidgenössischen Räten zu beraten ist. In der Fassung des Bundesrates wird im Verfassungstext nochmals der Vorschlag für eine Zweiteilung der Krankenpflegeversicherung gemacht, indem die Heilanstaltsbehandlung und ähnliche aufwendige Untersuchungen obligatorisch versichert sein sollen und die Finanzierung lohnprozentual vorgesehen ist. Die ambulante Krankenversicherung wäre freiwillig. Bund und Kantone hätten dafür zu sorgen, dass die wirtschaftlich schwächeren Bevölkerungsgruppen sich zu tragbaren Bedingungen versichern können. Die Kantone würden zudem ermächtigt, diesen Teil der Krankenpflegeversicherung für ihren Bereich obligatorisch zu erklären. Für Arbeitnehmer wäre zudem die Krankengeld- und die Unfallversicherung obligatorisch. Der Bund hätte für eine wirtschaftliche Durchführung der Krankenversicherung zu sorgen. Diesem Vorschlag des Bundesrates wurde von den Ärzten und den Krankenkassen, die sich zu einer Allianz vereinigten, scharf opponiert. Der Ständerat hat den Einwendungen weiter Kreise gegen den Vorschlag des Bundesrates Beachtung geschenkt und neben mehr formellen Aenderungen auch entscheidende und wegleitende materielle Aenderungen beschlossen. Dabei wahrt der Ständerat die Einheit der Krankenpflegeversicherung und sieht einen allgemeinen Beitrag nach den Regeln der Alters- und Hinterlassenversicherung von 2 Prozent vor. Dieser Beitrag würde rund einen Drittel der Krankenpflegekosten decken und seine Verwendung wäre zugunsten der gesamten Bevölkerung, insbesondere für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung vorzusehen. Die übrigen zwei Drittel der Krankenpflegeversicherung wären durch Beiträge der Versicherten, des Bundes und der Kantone und einer angemessenen Beteiligung der Versicherten an den Krankheitskosten zu finanzieren. Sowohl bei der Krankenpflege- wie auch bei der

Krankengeld- und der Unfallversicherung will der Ständerat grundsätzlich die Freiwilligkeit der Versicherungen wahren. Bund und Kantone sollen jedoch die Möglichkeit haben, die einzelnen Versicherungszweige allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch zu erklären.

Für die Beratungen unseres Rates — die Vorlage wird als Zweitrat behandelt — sind daher sowohl der Antrag des Bundesrates wie auch die Beschlüsse des Ständerates zu beachten. Um sich aber umfassend über alle Aspekte informieren zu können, hat die Kommission Vertreter der Aerzte, der Krankenkassen, der Privatversicherung und der Initianten der sozialdemokratischen Initiative angehört. Auch wenn sich die Vertreter der Aerzte und der Krankenkassen in einer Allianz befinden, konnte unschwer eine differenzierte Stellungnahme zu einzelnen Teilfragen verspürt werden. In der Wahrung der Einheit der Krankenpflegeversicherung besteht jedoch völlige Uebereinstimmung zwischen den beiden Partnern. Bei der Finanzierung der Krankenpflegeversicherung sind die Kassen mit einer gegenüber dem Ständerat verstärkten lohnprozentualen Finanzierung einverstanden. Die Aerzte haben hier eine eher etwas zurückhaltende Auffassung und treten für die Aufnahme von Sondersteuern auf gesundheitsgefährdenden Produkten als zusätzliche Finanzierungsart ein. Die Notwendigkeit, zur Behandlungsfreiheit der Aerzte den Tarifschutz für die Versicherten im Verfassungsartikel zu verankern, wurde bei der Befragung von Aerzten und Krankenkassen nicht bestritten.

Bei der Detailberatung hatte die Kommission sich über die Aufnahme des Tarifschutzes für die Versicherten zustimmend ausgesprochen. Sie stellt diesbezüglich Antrag. Bei der Finanzierung der Krankenpflegeversicherung pflichtete die Kommission mehrheitlich der Aufnahme von lohnprozentualen Beiträgen von 3 Prozent zu. Eine erste Minderheit ist hier für Zustimmung zum Ständerat, eine andere Minderheit votiert für eine Kostendeckung der Krankenversicherung über lohnprozentuale Beiträge, die 70 Prozent der gesamten Kosten decken, während in einem Eventualantrag der lohnprozentuale Beitrag nach den Regeln der AHV bis zu 50 Prozent der gesamten Krankenpflegekosten decken soll. Nach dem Antrag der Kommissionsmehrheit sollen die lohnprozentualen Beiträge, insbesondere für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung und der Hauspflege sowie für Mutterschaftsleistungen und präventivmedizinische Massnahmen verwendet werden. Bei der Krankengeld- und Unfallversicherung pflichtete die Kommission den Anträgen des Bundesrates zu. Diese Versicherungen sollen daher für Arbeitnehmer obligatorisch erklärt werden; Bund und Kantone hätten die Kompetenz, diese Versicherungszweige auch für weitere Bevölkerungsgruppen obligatorisch zu erklären.

Bei der Stellungnahme zur sozialdemokratischen Initiative, deren Wortlaut nicht verändert werden kann, hat die Kommission mit 13 zu 7 Stimmen bei einigen Enthaltungen dem Antrag des Bundesrates und damit der Verwerfung der Initiative zugestimmt. Dieser Beschluss der Kommission beinhaltet den Antrag auf Eintreten.

In diesem Sinne beantrage ich Ihnen, auf den Bundesbeschluss über das Volksbegehren für die soziale Krankenversicherung und die Aenderung der Bundesverfassung auf dem Gebiete der Kranken-, Unfall- und Mutterschaftsversicherung einzutreten.

Allgemeine Beratung — Discussion générale

Frau **Ribi**: Die radikal-demokratische Fraktion hat sich für Eintreten auf die Vorlage ausgesprochen. Sie sieht im Gegenvorschlag des Bundesrates, so wie er aus der Beratung im Ständerat und aus der Kommission des Nationalrates hervorgegangen ist, eine vertretbare Alternative zum sozialdemokratischen Volksbegehren. Dieses lehnt sie ab. Es würde uns unweigerlich eine Staatsmedizin beschenken mit allen bei ausländischen Beispielen satzsam bekannten Nachteilen. Mit dem darin enthaltenen Vollobligatorium, insbesondere auch der Zahnpflegeversicherung, geht sie weit über das hinaus, was sozialpolitisch notwendig und erwünscht ist. Es versteht sich von selbst, dass die Kosten eines derart umfassenden Angebotes von Versicherungsleistungen emporschnellen müssten und unaufhaltsam weitersteigen würden, da jedermann Rechtsanspruch auf Gratisbehandlung hätte und von diesem Recht bestimmt auch Gebrauch machen würde. Eine Ermunterung der Versicherten zur Gesundheitsvorsorge und Krankheitsverhütung, d. h. zu einem persönlichen Beitrag für die Erhaltung und Förderung ihrer Gesundheit dürfte das von der SP vorgeschlagene Versicherungssystem kaum darstellen.

Für niemand besteht ein Zweifel: Die Krankenversicherung ist revisionsbedürftig. Diese Revision hätte aufgrund des bestehenden Verfassungsartikels vollzogen werden können. — Sie alle kennen den Leidensweg des Expertenberichtes, der die Grundlage für die Gesetzesrevision der Krankenversicherung hätte bilden sollen. Das Flimser Modell wie auch alle andern folgenden Modelle, die wie Pilze aus dem Boden schossen und allesamt nicht zu überzeugen vermochten, mussten fallengelassen werden, und der Bundesrat entschloss sich zum nun vorliegenden Gegenvorschlag auf Verfassungsebene. Die Notwendigkeit einer Revision liegt hauptsächlich bei folgenden Punkten:

Die heutige Krankenversicherung ist für einen Teil der Bevölkerung ungenügend, nämlich für Betagte, die sich nicht mehr versichern können, oder für Personen, die nur unter Vorbehalt in eine Kasse aufgenommen werden. Die Versicherung deckt aber auch Leistungen bei Mutterschaft und bei häuslicher Krankenpflege nur mangelhaft. Für langdauernde Krankheiten oder besonders schwere Erkrankungen ist in vielen Fällen der Versicherungsschutz nicht ausreichend. Präventivmedizinische Leistung kennt sie praktisch überhaupt nicht. In der Detailberatung wird sich Gelegenheit bieten, auf diese Punkte im einzelnen einzugehen. Im Krankenpflegewesen, vorab in der Krankenhausmedizin hat eine Kostensteigerung stattgefunden, die alle Befürchtungen überschreitet. Die Folge davon sind massive Prämienerhöhungen für den einzelnen Versicherten und Defizite der Krankenanstalten, die volkswirtschaftlich kaum mehr tragbar sind. Der Trend zum Kostenanstieg geht zudem weiter. Die Neugestaltung der Krankenversicherung kann sich heute nicht mehr auf rein versicherungsmässige Regelungen abstützen und im übrigen den Dingen einfach den Lauf lassen. Es genügt nicht, dass die anfallenden Kosten auf solidarische Weise, sei es über Lohnabgaben oder Steuern, gedeckt werden, ohne jegliche Anstrengungen, diese Kosten niedrig zu halten respektive zu ermässigen.

Wir alle wissen, wie unterschiedlich der einzelne hinsichtlich Gesundheit oder Krankheit reagiert. Der eine trägt der ersteren, der Gesundheit, Sorge, indem er

einigermasson vernünftig lebt, der andere trägt seiner Krankheit Sorge, indem er im Bewusstsein, dass er ja gut versichert sei, alle ihm angebotenen Dienstleistungen vom Arzt bis zum Krankenhaus ausgiebig und über Gebühr in Anspruch nimmt. Leider werden Ihnen sowohl die Aerzte wie die Krankenkassen bestätigen müssen, dass es mit der Selbstverantwortung nicht gerade weit her ist. Je mehr wir aber vom Prinzip Leistung/Gegenleistung in der Krankenversicherung abweichen, je weniger der einzelne an den Erfolgen um eine Kostensenkung mitbeteiligt ist, um so stärker werden die Kosten steigen.

Wohlverstanden, es geht nicht um die grossen, schweren und langdauernden Erkrankungen. Schwerkranke und Chronischkranke sollen wegen ihrer Krankheit weder wirtschaftlich geschwächt noch ruiniert oder gar armengenössig werden. Es ist auch unbestritten, dass in der Neuordnung der Krankenversicherung der Solidaritätsgedanke zum Tragen kommen muss. Zwischen den beiden Extremen jedoch, Uebernahme aller Kosten durch alle und durch den Staat und der heute nicht mehr befriedigenden Regelung, liegt aber ein Mittelweg. Dieser heisst: Neuordnung über die Mittel der Selbstverantwortung, der Vorbeugung, der gegeneinander ausgewogenen individuellen solidarischen und staatlichen Kostenbeteiligung. Nur eine solche Neuordnung lässt die Krankenversicherung ihrem Zweck entsprechend funktionieren. Sie muss den einzelnen zu beidseits angemessenen Bedingungen vor den wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Unfall schützen. Sie muss aber auch sozialpolitisch verantwortbar und volkswirtschaftlich tragbar sein. In diesem Sinne empfehle ich Ihnen Eintreten.

Stahelin: Der neue Artikel 34bis der Bundesverfassung über die soziale Kranken- und Unfallversicherung verspricht wahrhaftig keine Zierde unserer Verfassung zu werden. Ob wir nun den einen oder den andern der uns unterbreiteten Vorschläge annehmen, wir werden einen Monsterartikel bekommen, von dem das Allermeiste, das drin steht, eigentlich in das Ausführungsgesetz und nicht in die Verfassung gehört. Nur was die Finanzierung durch Lohnprozente betrifft, gehen die Meinungen auseinander, ob es dafür einer besonderen Verfassungsbestimmung bedarf oder nicht. Es kommt dazu, dass wir im Begriffe sind, nicht nur die Kranken- und Unfallversicherung neu zu regeln, sondern gerade noch ein ganzes Paket von Bestimmungen über das Gesundheitswesen im allgemeinen unter Dach zu bringen, Bestimmungen, die, streng genommen, gar nicht hierher gehören.

Doch es hat keinen Sinn, dem bisherigen, ich hätte fast gesagt mustergültig knappen und klaren Artikel 34bis nachzutruern, sondern es gilt, aus den vorliegenden Vorschlägen das Beste herauszuholen. Im Interesse der Sache wäre es zu wünschen, wenn wir uns durch gegenseitiges Nachgeben irgendwo in der Mitte treffen könnten, die Volksinitiative zurückgezogen würde und wir Volk und Ständen einen einzigen, gemeinsamen Text zur Abstimmung vorlegen könnten, statt mit einem Doppelvorschlag einen Scherbenhaufen zu riskieren. So weit sind wir ja schliesslich nicht auseinander. Vorderhand möchte ich Ihnen allerdings im Namen der Fraktion des Landesringes der Unabhängigen empfehlen, auf den Vorschlag unserer Kommission einzutreten.

Der Vorschlag des Bundesrates, der auf einer gewaltigen und dankenswerten Arbeit des Departements des Innern und der Expertenkommission fusst, ist vorwiegend aus einem wichtigen Grund nicht auf die nötige Gegenliebe gestossen, nämlich weil er — ähnlich wie schon das Flimser Modell der Expertenkommission — eine Aufsplitterung der Krankenpflegeversicherung vorsieht durch Schaffung einer besonderen Spital- beziehungsweise Grossrisikoversicherung. Auch wir wünschen, dass die Krankenpflegeversicherung wie bis anhin eine Einheit bleibt.

Die Initiative der Sozialdemokratischen Partei und der Gewerkschaften andererseits geht in einzelnen Forderungen entschieden zu weit. Ich nenne hier nur die obligatorische und offenbar vollumfängliche Zahnbehandlung und den vollständigen Wegfall der individuellen Prämien für die Mindestleistungen in der Krankenversicherung beziehungsweise ihre volle Ersetzung durch Lohnprozente. Auch die Forderung des Vollobligatoriums in der Krankenpflege ist auf heftigen Widerstand und Ablehnung gestossen. Was uns an seiner Stelle angeboten wird, ist nun allerdings ein merkwürdiges Zwitterding. Verlangt wird ein Beitragsobligatorium, das heisst obligatorische Lohnprozente, hingegen kein Beitrittsobligatorium. Niemand muss einer Krankenkasse beitreten oder eine private Versicherung abschliessen. Jeder kann aber im Schadenfall, mindestens wenn es sich um einen schweren Schadenfall handelt, einen Rechtsanspruch auf Leistungen aufgrund seiner obligatorischen lohnprozentualen Beiträge geltend machen. Das läuft de facto doch auch auf ein Obligatorium hinaus. Auch wenn man es nicht so nennen darf, ist es eben doch ein verkapptes Obligatorium. Wer für diese Nicht-versicherten und eben doch Versicherten der Versicherungsträger sein soll, das heisst bei welcher Stelle sie ihre Ansprüche gegebenenfalls anmelden müssen, bei einem der bestehenden Versicherungsträger oder eben doch bei einer besonders zu schaffenden Bundesamtsstelle, das soll nicht auf Verfassungs- sondern auf Gesetzesebene geregelt werden. Vorderhand ist in dieser Frage nichts entschieden und nichts präjudiziert.

Was die Höhe der Lohnprozente betrifft, so hat der Ständerat sie auf 2 Prozent limitiert. Diese 2 Lohnprozente sollen jährlich einen Ertrag von etwa 1,8 Milliarden Franken erbringen. Eine Minderheit unserer Kommission, der sich auch die fast einstimmige Fraktion des Landesringes anschliesst, will dem Ständerat folgen, in der Meinung, dass das mindestens auf einige Jahre hinaus genüge, und um eine allzu grosse Ausgabefreudigkeit von vorneherein zu bremsen. Die Mehrheit der Kommission schlägt 3 Prozent vor, weil sie aufgrund von allen Berechnungen und Tabellen, die uns vorgelegt wurden, nicht glaubt, dass 2 Prozent genügen würden, um den allseitig gewünschten Leistungsausbau zu sichern. Persönlich würde ich eine Lösung vorziehen, die die Höhe der Lohnprozente überhaupt nicht in der Verfassung verankert, sondern die Bremsen so ansetzt, wie es der Antrag des Kollegen Jelmini zum Ausdruck bringt.

Was die Sondersteuern auf gesundheitsschädigenden Produkten betrifft, so stimmt unsere Fraktion geschlossen dem Antrag des Kollegen Egli zu.

Ebenfalls stimmen wir grundsätzlich dem Bundesrat und der Kommissionsmehrheit beim Obligatorium in der Krankengeld- und in der Unfallversicherung für alle Arbeitnehmer zu. Ich sage grundsätzlich, da wir für die

Ausführungsgesetzgebung freie Hand behalten müssen. Den Expertenbericht zur Unfallversicherung haben wir ja erst vor wenigen Tagen erhalten. Wir nehmen seine Vorschläge und Empfehlungen selbstverständlich gerne zur Prüfung entgegen, ohne uns jedoch durch sie irgendwie binden zu lassen.

Noch ein letztes Wort zu Ziffer 4 des Vorschlages unserer Kommission: Es werden dort eine ganze Reihe von Aufgaben aufgezählt, die dem Bund übertragen werden sollen. So weit, so recht. Es wird aber nicht gesagt, wie diese Aufgaben finanziert werden sollen. Soweit sie sich decken mit dem, was in Ziffer 2a schon aufgeführt ist (z. B. Hauspflege, Mutterschaft, Präventivmedizin), werden sie der sozialen Kranken- und Unfallversicherung angelastet werden müssen; das scheint mir klar zu sein. Ich möchte aber Herrn Bundesrat Tschudi nun fragen: Wie steht es mit der Finanzierung derjenigen Aufgaben in Ziffer 4, die über den Rahmen von Ziffer 2a hinausgehen, z. B. Spitalplanung, berufliche Ausbildung des Pflege- und Hilfspersonals? Dafür können doch wohl nicht Mittel in Anspruch genommen werden, die für die Kranken- und Unfallversicherung bestimmt sind? Ich wäre für eine präzise Antwort sehr dankbar.

Damit bin ich am Schluss meiner Ausführungen. Ich empfehle Ihnen also Eintreten auf die Vorlage unserer Kommission.

Leutenegger: Eine lange Eintretensdebatte dürfte sich im Grunde genommen erübrigen, weil sicher alle in diesem Saal der Meinung sind, dass der Krankenversicherung eine grosse soziale, aber auch volkswirtschaftliche und staatspolitische Bedeutung zukommt. Heute geht es vor allem darum, den Versicherten im Rahmen einer einheitlich bleibenden Krankenversicherung einen guten und finanziell tragbaren Versicherungsschutz zu verschaffen. Dabei stehen wir jeder Tendenz einer Entwicklung zum staatlichen Gesundheitsdienst ablehnend gegenüber. Die bestehenden Krankenkassen und weiteren Versicherungen sollen als Träger der Krankenversicherung anerkannt werden. So ist ein zentralistischer Ausbau zum vorneherein nicht mehr möglich. Die Selbstverantwortung des einzelnen muss gefördert werden; nur so ist die zum Teil erschreckend feststellbare Kostenexplosion zu stoppen.

Die sozialpolitische und gesundheitspolitische Ausgangslage für die Neuordnung der Krankenversicherung wird vom Bundesrat und der nationalrätlichen Kommission anders beurteilt als von den Vertretern des sozialdemokratischen Volksbegehrens für eine soziale Krankenversicherung. Das Volksbegehren sieht ja eine vollobligatorische, durch Lohnprozente finanzierte Versicherung vor, die bei den Krankheiten die Kosten voll zu decken hat. Demgegenüber sind wir der Auffassung, dass wir Bremsen einzubauen haben. Letztlich geht es doch darum, die soziale Sicherheit und volkswirtschaftliche Tragbarkeit miteinander in Einklang zu bringen. Die Fraktion der SVP lehnt deshalb das sozialdemokratische Volksbegehren für eine soziale Krankenversicherung ab. Dagegen wird unsere Fraktion beim Gegenentwurf des Bundesrates für einen neuen Artikel 34bis der Bundesverfassung bis auf einen Punkt mehrheitlich den Anträgen der vorberatenden nationalrätlichen Kommission zustimmen. Die Mehrheit unserer Fraktion ist der Meinung, dass der Zuschlag zur Krankenpflegeversicherung, d. h. die Lohnprozente, auf 2 Prozent festzusetzen

ist. Wir schliessen uns hier also dem Beschluss des Ständerates an. Dieser Beitrag ist zugunsten der gesamten Bevölkerung, insbesondere für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung und die Hauspflege sowie die Mutterschaftsleistungen und präventivmedizinische Massnahmen, zu verwenden.

Die Zusatzversicherung ist zu limitieren, weil nur auf diese Weise eine kostenbremsende Wirkung möglich ist. Je nach Entwicklung der kommenden Taxerhöhungen in den Heilanstalten wäre die heute durchaus berechnete Begrenzung auf 2 Lohnprozente erneut einer Prüfung zu unterziehen. Wir haben allen Grund, zu versuchen, die Ausgaben der Krankenpflegeversicherung in den Griff zu bekommen. Wir sind uns dabei im klaren, dass eine Erhöhung des Selbstbehaltes — der Franchise — unumgänglich sein wird. Wir glauben aber, dass eine Erhöhung auf höchstens 100 Franken hier verantwortet werden könnte. In der so dargelegten Grössenordnung sollte eine Einigung möglich sein.

Es gibt noch eine Gruppe von Personen, die sich auch dann nicht versichern kann, wenn wir dem neuen Verfassungsartikel zustimmen. Wir sind der Meinung, dass hier eine Korrektur des allgemeinen Obligatoriums möglich sein sollte. Entscheidend ist doch, eine Versicherung zu schaffen, die grundsätzlich jedermann offensteht, und wo die wirtschaftlich Schwachen zum Beitritt gezwungen werden. Der Ständerat hat deshalb ein Postulat eingereicht, in dem der Bundesrat eingeladen wird, bei der Vorlage eines neuen Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung zu prüfen, wie nicht versicherten Betagten, heimkehrenden Auslandsschweizern und Personen, die sich nur unter Vorbehalt versichern könnten, der Beitritt zu einer Krankenkasse zu tragbaren Bedingungen ermöglicht werden kann.

Vor einigen Tagen hat der Bundesrat zu diesem Fragenkomplex in einem Bericht bereits Stellung genommen. Er ist durchaus bereit, die gestellten Begehren zu prüfen und auch zu realisieren. In der nationalrätlichen Kommission wurde das ständerätliche Postulat ebenfalls gestellt und mit 11 : 10 Stimmen abgelehnt. Wir sind nach wie vor der Meinung, dass das ständerätliche Postulat auch vom Nationalrat zu überweisen ist, damit der Bundesrat eine eindeutige Willenskundgebung der beiden Räte erhält. Die SVP-Fraktion stimmt deshalb für Aufrechterhaltung des ständerätlichen Postulates und wird so auch mit weiteren Ratsmitgliedern Antrag stellen.

Wir dürfen abschliessend festhalten, dass die Vorlage des Bundesrates wesentliche Verbesserungen gegenüber der geltenden Ordnung brachte und dass die Lösung des Ständerates das anzustrebende Ziel noch verdeutlichte. — Nun hat der ständerätliche Vorschlag durch die nationalrätliche Kommission einige wesentliche Änderungen erfahren, die nach unserer Auffassung die Vorlage nochmals verbessern. Es darf aber in Erinnerung gerufen werden, dass wir über einen Bundesverfassungsartikel zu beschliessen haben, in dem eigentlich nur Grundsätze und wesentliche Richtlinien für die Gesetzgebung aufgenommen werden können. Hier darf man sich füglich fragen, ob nicht schon allzuviel Gesetzgebungsarbeit im Verfassungsartikel Eingang gefunden habe. Letztlich müssen wir uns ja bewusst sein, dass das Schicksal des neuen Verfassungsartikels von einer Volksabstimmung abhängt. Wir haben deshalb alles Interesse daran, dass ein klares Konzept und eine klare Ausgangslage fixiert werden. Die SVP-Fraktion wird für

Eintreten auf die Vorlage Nr. 11 572 «Bundesverfassung, Krankenversicherung» stimmen.

M. Forel: Le Parti suisse du travail tient, dès l'entrée en matière, à donner quelques grandes lignes sur sa conception de la revision qui nous occupe et les motifs qui nous font appuyer, de toute notre force, l'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie proposée par le Parti socialiste suisse et l'Union syndicale suisse. S'il s'agissait de créer de toutes pièces un système médico-social sans tenir compte de tout ce qui existe déjà, en bien et en mal, nous aurions mis tout l'accent du système sur la prophylaxie, c'est-à-dire sur la création de tout un réseau de centres de dépistage des sources et des causes de maladies et d'accidents, en leur donnant un pouvoir exécutif. Autrement dit, nous aurions mis en priorité une médecine préventive, efficace et ayant force de loi.

L'importance de la médecine préventive est, dans une économie nationale, primordiale. Elle est certainement la principale arme pouvant lutter efficacement contre les invalidités précoces, les hospitalisations lorsque le mal est déjà présent.

Ce que nous disons là est si sûr, si évident, si indiscutable que toutes les grandes assurances-vie privées offrent gratuitement, en le payant de leur propre poche, un bon de 25 francs à chacun de leurs assurés pour qu'ils aillent au moins tout les deux ans chez un médecin de leur choix faire un examen sommaire afin que l'assuré et non l'assureur soit renseigné sur son état de santé. Or, vous le savez, les assurances-vie privées ne sont pas du tout des entreprises de bienfaisance. Si elles font ce «sacrifice», c'est qu'elles savent parfaitement qu'il est de leur intérêt financier que chaque assuré soit capable de payer ses primes jusqu'à échéance, c'est-à-dire que sa santé-reste aussi bonne que possible. Ceci, les assurances privées l'ont compris, pour des raisons parfaitement intéressées. Quant à nous, dont le rôle est actuellement de reviser la constitution pour une meilleure assurance-maladie, accidents et maternité, nous devrions nous pencher avant tout sur ce problème de la prévention et non pas seulement sur la prévention des accidents et des maladies professionnelles. L'équipe sanitaire destinée à cette prévention ne devrait dépendre matériellement ni de la Caisse nationale-accidents et encore moins des entreprises. Elle devrait pouvoir travailler de façon autonome sans subir de pression d'aucune sorte. Enfin, si n'avions pas à tenir compte de l'existence et de l'excellent travail administratif à frais très modestes des nombreuses caisses mutuelles de maladie, nous aurions préféré de loin un système de sécurité sociale à guichet unique pour accident et maladie. Notons que, précisément, les assurés volontaires actuels qui ont contracté une assurance-maladie et accidents auprès d'une caisse mutuelle sont souvent mieux lotis que ceux qui sont assurés auprès de la Caisse nationale pour l'accident et d'une autre assurance-maladie.

Chacun connaît les montagnes d'expertises médicales destinées à savoir si une arthrose est pré- ou post-traumatique, si une pneumoconiose est une silicose ou non, sans compter les fameux tribunaux des assurances s'occupant de pareils cas qui sont peut-être le gagne-pain de beaucoup de juges et de très nombreux avocats, mais qui représentent de sérieuses pertes pour l'économie nationale. Peut-être pourrait-on pallier cet inconvénient, dans la loi d'application, en décrétant par exem-

ple que, si un traumatisme est à l'origine de l'arrêt du travail, on ne tiendra pas compte des facteurs pré-existants tels que: état variqueux, arthrose, emphysème, qui sont autant d'états sur lesquels le comportement du blessé n'a pratiquement que peu d'influence.

Enfin, dans la loi d'application, il conviendra d'éten- dre très sérieusement le nombre des maladies profession- nelles. Il nous semble que les affections dorso-lombaires des manœuvres du bâtiment, des conducteurs de ma- chines de chantier, par exemple, devraient être considé- rées comme maladies professionnelles au même titre que la silicose, au même titre que l'eczéma du ciment.

L'initiative populaire pour une meilleure assurance- maladie prévoit dans l'alinéa 6 de l'article 34bis nou- veau, que la Confédération et les institutions d'assurance encouragent toute mesure utile à la prévention des mala- dies et des accidents. Peut-être n'accorde-t-on pas assez d'importance à cet alinéa 6, pourtant essentiel dans cette initiative. Son application pratique nécessitera des trans- formations très profondes, voire fondamentales de l'exer- cice de la médecine et de l'information médicale. La création d'équipes sanitaires de détection devra être étendue et certaines rendues obligatoires.

Lorsque la science a en main la possibilité de faire disparaître totalement certains affections, telles que la variole et la diphtérie, grâce à la vaccination obligatoire dans la plupart des cantons, il appartient au législatif de prendre des mesures appropriées afin que d'autres affec- tions diminuent ou disparaissent. L'obligation du dépis- tage radiologique des maladies pulmonaires devrait aller de soi. De même, il est notoire que, par exemple, les hy- pertendus non soignés ont une durée de vie de moitié inférieure à ceux qui sont suivis médicalement. Toutes les mesures de propagande et de dépistage des tumeurs doivent et devront être groupées et étendues.

Et que dire des morts violentes? Il meurt, ces deux dernières années, autant de gens par accident de la cir- culation seule, que par tous les autres accidents. Toutes ces constatations nous amènent à dire que la réforme que nous voulons faire ou, plus exactement, que dans la réforme que nous devrions faire, il faut admettre que des transformations profondes doivent être effectuées. Nous devons étendre les contrôles sanitaires, les dépis- tages en créant des dispensaires, des polycliniques spé- cialisées, des centres sanitaires. Prenons des exemples concrets de ce qui se fait mal et de ce qui se fait bien chez nous. Par exemple, nos apprentis vaudois — et je crois qu'il en est de même dans la plupart des cantons — doivent passer un examen médical complet et assez approfondi lors de leur entrée en apprentissage. Ensuite, chaque année, ils doivent subir un nouvel examen médi- cal. C'est bien, c'est logique, c'est utile. Mais l'adoles- cent qui s'engage directement en usine ou en chantier ne bénéficie nullement de ces mesures prophylactiques. Sa prochaine visite médicale aura lieu à 19 ans lors du re- crutement. C'est mauvais, c'est socialement faux et c'est dangereux.

Parlons d'accidents. On exige à juste titre un examen médical tous les cinq ans pour les conducteurs de poids lourds et de taxi, un examen médical tous les trois ans pour les conducteurs de cars. C'est bien. Par contre, on délivre sans discernement sanitaire aucun, des permis de vélomoteur à tous les adolescents dès 14 ans, sans se préoccuper ni de leur vue, ni de leurs réflexes et encore moins de leur connaissance du code de la circulation. C'est dangereux et c'est faux. On pourrait multiplier ici

encore longuement les exemples qui démontrent la né- cessité de revoir, de reconsidérer toute l'organisation médicale et paramédicale afin de rendre efficace la pré- vention, c'est-à-dire l'alinéa 6 de l'initiative populaire. Nous ne faisons encore que citer ici les mesures prophy- lactiques qui devraient exister dans des domaines aussi divers que la lutte contre le bruit (provoqué par exemple par les compresseurs, les aérodromes, les machines dans les usines), l'insonorisation dans les locatifs, la lutte contre les nuisances des gaz produits par les moteurs et au- tres pollueurs industriels de l'atmosphère et de l'eau et, bien sûr, les durées d'occupation à des travaux où la santé est mise en péril par le rythme ou par les condi- tions de travail (pressurisation, etc.).

Mais, il faut avoir le courage de le constater et de le dire, l'ère du médecin individuel travaillant seul est dé- passée. Une nouvelle médecine, une médecine de groupe, une médecine de collaboration étroite entre spé- cialistes, hôpitaux, instituts de radiologie, laboratoires, polycliniques, dispensaires, doit être organisée et coor- donnée. Cela doit se faire et cela se fera et, pour cela, il faudra établir une véritable collaboration entre le corps médical privé et étatisé, avec l'Etat, avec les associations du monde du travail et avec les mutualistes.

Mais revenons aux projets qui nous sont soumis. En fait, notre Conseil se trouve en présence de trois grandes options: accepter l'initiative du Parti socialiste et de l'Union syndicale suisse — c'est notre point de vue — accepter soit le projet du Conseil fédéral, soit le texte du Conseil des Etats, qui est, dans les grandes lignes, celui du compromis «Rencontre», élaboré par un groupe com- prenant le concordat des caisses-maladie, des médecins et des dentistes.

Il est hors de doute que, pour arriver à une santé pu- blique généralisée, l'initiative socialiste est de très loin le meilleur projet et nous tenons à en donner les motifs essentiels. Au moment où l'on admet que l'assurance est générale et obligatoire, comme le demande l'initiative, le tout premier avantage social est que tout le monde, y compris les femmes sans profession et les personnes âgées, a la possibilité et le droit d'être soigné. La consé- quence en est que la cotisation est solidaire, quel que soit le sexe ou l'âge de l'assuré. Cela mettra fin à cette situation absurde du canton de Vaud par exemple, qui a rendu l'assurance-maladie et hospitalière obligatoire pour les personnes de plus de 60 ans dont le revenu n'at- teint pas un certain montant et qui forment le groupe social représentant les plus gros risques. Le résultat en est que, cette année, les assurés paient une cotisation de 85 francs par mois et que, selon les prévisions, ils paie- ront plus de 130 francs par mois en 1974, cela bien en- tendu sans aucune indemnité journalière.

En maintenant l'assurance facultative et indivi- duelle, on ne tient pas compte de la fortune de l'assuré. Ainsi, un multimillionnaire paierait la même cotisation qu'un ouvrier avec charges de famille. La devise suisse «Un pour tous, tous pour un» deviendrait «Le travail de tous pour le profit de quelques-uns». Le gros atout de l'initiative est de développer, comme pour l'AVS, la soli- darité sociale.

Un autre mérite essentiel de l'initiative socialiste est de fixer dans l'article 34bis l'obligation pour le patronat de payer la moitié de la cotisation des travailleurs. C'est là que ressort la lutte entre employeurs et employés. Ceux qui prétendent que la lutte des classes a disparu ou qu'elle est dépassée verront, en abordant ce chapitre,

qu'elle est bel et bien là. Car il s'agira de savoir qui paiera. Selon le modèle du Parti socialiste et de l'Union syndicale suisse, la contribution patronale sera de 2,25 pour cent. Selon le projet fédéral, elle sera de 1,2 pour cent et, selon le projet du Conseil des Etats, de 1 pour cent. Soyons charitables. Ne demandons pas, pour subventionner une partie de cette assurance-maladie que nous désirons généraliser, la participation de ceux qui sont censés s'intéresser à la santé publique, des fabricants de produits pharmaceutiques dont chacun sait qu'ils produisent plutôt pour vendre et non pas tellement pour guérir.

Mais il y a encore deux points essentiels qui nous font opter en faveur de l'initiative pour une meilleure assurance-maladie. Le premier concerne les soins dentaires. Il est absolument inconcevable pour un médecin d'exclure du corps humain et des autres soins médicaux la dentition, les affections dentaires. Tout le monde connaît les conséquences des infections dentaires, qui vont de l'abcès souvent gravissime aux troubles digestifs, sans compter les maladies infectieuses secondaires telles que les cardiopathies et les néphropathies. Nous pensons que dans les soins dentaires devront être inclus les examens périodiques, les plombages et la conservation aussi prolongée que possible de la dentition. N'oublions pas que les extractions sont presque toujours un échec ou le résultat de la négligence du patient. Nous ne demandons pas du luxe. Les soins dentaires devront être tarifés uniformément. Cela paraît difficile au premier abord, mais si l'on songe qu'on y est arrivé en médecine, où le problème est infiniment plus complexe, nul doute qu'un tarif pour soins dentaires pourra être trouvé même s'il provoque quelques grincements de dents du côté de ceux qui tiennent la fraise!

S'il est un point qui nous tient encore particulièrement à cœur, c'est bien l'assurance-maternité. Certains s'en souviennent peut-être, nous étions personnellement intervenu en sa faveur une première fois lors de la révision de la loi sur le travail, puis une seconde fois lors de la révision du code des obligations. Battu les deux fois, je ne peux que me réjouir de voir cette assurance-maternité enfin incluse dans la constitution. Encore faudra-t-il voir son mode d'application. Mais, enfin, le premier pas est fait.

En résumé et pour conclure, nous dirons que seul le modèle d'assurance-maladie du Parti socialiste et de l'Union syndicale suisse assure une véritable sécurité sociale. Il met fin aux limites d'âge; il met fin aux réserves pour maladies préexistantes; il permet une véritable péréquation financière des charges entre riches et pauvres, jeunes et vieux, hommes et femmes, célibataires et chefs de famille; il assure les soins dentaires et il inclut l'assurance-maternité. Telles sont, succinctement résumées, les raisons de notre appui à cette initiative. Il va sans dire que nous appuierons toutes les propositions tendant à améliorer encore le texte définitif.

Naegeli: Sicher trifft es zu, dass die Krankenversicherung — um mit den Worten von Herrn Bundesrat Tschudi in der Kommission zu sprechen — in höchstem Masse revisionsbedürftig ist. Sowohl die wirtschaftlichen als auch die sozialen Verhältnisse unterscheiden sich heute enorm von denjenigen von 1911; das gleiche trifft zu für die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in der Medizin. Werden wir heute lediglich durch den Zeitdruck der vorliegenden sozialdemo-

kratischen Verfassungsinitiative gezwungen, oder sind es andere Gründe, den bestehenden Verfassungsartikel 34bis und 34quiquies Absatz 4 durch einen neuen zu ersetzen? Sind Sie sich der weittragenden Entscheidung, die Sie treffen, bewusst, sei es in der Form des bundesrätlichen Gegenvorschlages, Modifikation Ständerat — bald Modifikation Nationalrat —, fast möchte ich vorausnehmend sagen, Modifikation SP-Schweiz, wenn letzten Endes dem Schweizer Volk ein Initiativtext und ein sich von diesem kaum unterscheidender Quasi-Gegenvorschlag zur Auswahl vorgelegt wird?

Die SP-Initiative beinhaltet: Ein Beitragsobligatorium für die Krankenpflegeversicherung sowie die globale Zahnbehandlung und ein Beitragsobligatorium für die Unfallversicherung der Arbeitnehmer — für letzteres könnten weitere Bevölkerungskreise einbezogen werden. Jedermann in diesem Lande wäre — so erweckt die SP-Initiative den falschen Eindruck — der Sorge um wirtschaftliches Versagen in der Folge von schwerer sowie langdauernder Krankheit und auch bei Mutterschaft enthoben. Dass aber die bald gewaltige Abgabe vom Arbeitsprodukt jeden Gesunden schwer erkranken lässt, jeden Pioniergeist und jede Initiative zur Behauptung einer freiberuflichen Existenz töten wird, das verschweigt sie!

Für die sowieso sehr schwierig abzugrenzenden, schwer belastenden Erkrankungsfälle wäre der Erwerbsersatz in der Höhe von 80 Prozent des vorher bezogenen Einkommens — natürlich mit Abgrenzung des versicherbaren Höchst Einkommens — obligatorisch zu versichern. Die Finanzierung würde über Lohnprozente sichergestellt, wobei auch die öffentliche Hand gut zum Zuge käme. Nicht vergessen wurde, dem Arbeitgeber mindestens die Hälfte der Lohnprozentbeiträge aufzubürden. Hierzu erlaube ich mir die Frage, ob bei einer vernünftigen, sozial ausgewogenen Lohnpolitik usonono mit dem Lohnprozent auch dem Arbeitgeber ein Zusätzliches übertragen werden muss. Vergessen Sie in diesem Parlament all die Freierwerbenden in unserem Lande, die wie die Arbeiter in der Industrie vom Produkt ihrer Hände Arbeit leben, die sich aber den Quasi-Arbeitgeberbeitrag gleich noch selbst beisteuern müssen? Was für die AHV — speziell in ihren ersten Jahren — mit kleinen Abgaben auf dem Erwerbseinkommen in der Aufteilung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber vertretbar war, ist heute nach der 8. AHV-Revision nicht nur sehr problematisch geworden, sondern in der gleichen Anwendung beim KUVG nicht mehr vertretbar, denn der Sozialversicherungsschutz ist heute, zu Recht, nicht mehr ursachen-, sondern bedarfsorientiert.

Warum kam nicht eine Initiative aus einem andersfarbigen politischen Lager? Hat die heutige Struktur unseres Krankenversicherungssystems wirklich so grosse Lücken, dass nur mit einem neuen Verfassungsartikel der Aufbau so geändert werden kann, das, was jedem Gesunden und Kranken den Atem verschlägt, nämlich die Kostenexplosion, behoben werden könnte? Sicher nein! Sie haben den bundesrätlichen Gegenvorschlag mit den Modifikationen des Ständerates und der nationalrätlichen Kommission vor sich liegen. Schon bei einer allgemeinen Betrachtung stellen Sie fest, dass Modifikationen vorgestellt werden, die überall dort, wo nicht das Gefälle zwischen ständerätlichem Masshalten und bundesrätlichem Vorschlag gewahrt worden ist, dasselbe nun in der nationalrätlichen Kommission stark in Richtung SP-Initiative zugenommen hat. Wäre eine Initiative von Nicht-SP-Seite lanciert worden, so hätte sie

in erster Linie versucht, der massiven Kostenexpansion in der Krankenpflege zu begegnen. Gleichzeitig hätte, bei Wahrung genereller Freiwilligkeit, ein Schutzobligatorium für die wirklich sozial schwächeren Bevölkerungskreise postuliert werden müssen. Die Anwendung modernster diagnostischer und therapeutischer Massnahmen in der Medizin ist heute mit Kosten verbunden, die von über 95 Prozent unserer Bevölkerung nicht voll erbracht werden können. Somit stellt sich für uns die Frage: Wollen wir die modernste Medizin ohne Einschränkung — sie ist zur sinnvollen Genesung nur in den seltensten Fällen notwendig — für jedermann zugänglich machen und somit die Kosten der angewandten ärztlichen Kunst — heute mehr Technik — weiterhin ins Grenzenlose sich entwickeln lassen? Oder bringen wir den Mut auf und sagen heute: Stopp! — begrenzte Mittel — dafür für unsere Volkswirtschaft tragbare und sinnvolle Anwendung derselben nach strenger vernünftiger ärztlicher Indikationsstellung? Eine Begrenzung der Mittel ist auf der Beitragsseite nur möglich durch einen in der Bundesverfassung fixierten Prozentsatz. Da dadurch der Sozialausgleich nur teilweise vollzogen werden kann, muss in der Ausführungsgesetzgebung vermehrt dem Schutz der Familie und dem Schutz der wirtschaftlich Schwächeren Rechnung getragen werden. Dabei darf jedoch das Kostenbewusstsein auch dieser Kreise durch einen Prämienbeitrag ohne weiteres ständig stimuliert werden. Gleiten wir weiter mit der Abtretung von Gesundheitsvorsorge an den Staat — was mit der Verwirklichung der SP-Postulate mehr als nur eingeleitet würde —, so müssen wir uns nicht wundern, wenn in wenigen Jahren unsere, für die Volkswirtschaft untragbare Medizin, der am eifrigsten umsorgte Patient wäre, zum grössten Nachteil der wirklich Kranken und der durch Krankheit oder Unfall wirtschaftlich schwer Geprüften.

Einer verstaatlichten Medizin müsste die republikanische und nationale Fraktion, die für Eintreten auf dieses Geschäft votiert, mit Vehemenz entgegentreten. Sie stimmt jedoch für einen Verfassungsartikel, der eine gezielt sparsame und optimal zur Anwendung gelangende Medizin erlaubt und der zugleich die Verantwortung des einzelnen seiner eigenen Gesundheit gegenüber und gegenüber der Gesundheit seiner Mitbürger fördert.

M. Gautier: Le groupe libéral et évangélique, placé devant le choix entre l'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie et le contre-projet issu des travaux du Conseil des Etats et de notre commission, se prononcera résolument contre l'initiative et, bien qu'avec certaines réserves, pour le contre-projet.

Je voudrais tout d'abord justifier notre opposition à l'initiative et ensuite dire brièvement les raisons de notre soutien au contre-projet.

Les causes qui rendent nécessaire la révision de l'assurance-maladie sont avant tout financières, économiques et sociales. C'est le financement de l'assurance-maladie, non son fonctionnement, ni son principe, qui sont remis en cause, et ceci par deux facteurs principaux: l'augmentation du coût des soins, d'une part, la nécessité, d'autre part, d'améliorer la péréquation sociale entre les assurés.

L'augmentation des coûts est non seulement évidente, elle est inquiétante, j'allais dire catastrophique. Une dépense, même sociale, surtout sociale, qui croît à un rythme bien supérieur à celui du produit national brut est inquiétante. Elle risque de mettre en cause à la

fois la possibilité de la couvrir à moyenne ou longue échéance et l'équilibre économique du pays. Aucun système de financement de l'assurance-maladie ne permettra à la longue de couvrir ces frais si, parallèlement à l'augmentation des recettes, on n'arrive pas à freiner tant soit peu la cadence d'augmentation des dépenses. C'est dire que, dans le choix des moyens de financement déjà, il faut à tout prix préférer ceux qui peuvent dans une certaine mesure constituer un frein aux dépenses.

La péréquation sociale, dans le cas de l'assurance-maladie, doit être développée. Le système actuel, basé avant tout sur les cotisations individuelles, s'il assure une solidarité entre bien-portants et malades, ne permet guère de solidarité entre gros et petits revenus, sinon par le biais des subventions des pouvoirs publics, puisque celles-ci ont pour source des impôts généralement progressifs. Soit dit en passant, ces subventions sont plus importantes qu'on ne peut le croire en lisant les statistiques, car celles-ci ne tiennent pas compte d'un facteur important: c'est l'abaissement du tarif hospitalier par les subventions des pouvoirs publics. Malgré cela, il n'y a pas de doute que la péréquation sociale doit être renforcée.

A ces deux conditions actives de la révision, il faut, me semble-t-il, en ajouter une troisième, passive: il faut que la révision ne remette pas en cause, ou remette le moins possible en cause, ce qui n'est pas discuté, ce que je croyais jusqu'ici ne pas être discuté, le principe de la médecine libérale.

Je crois ne pas m'écarter du sujet en précisant ici ce que j'entends par «médecine libérale», cette médecine qui depuis si longtemps fait la valeur indiscutée de notre médecine suisse, des soins apportés en Suisse, preuve en soit que l'on vient souvent les y chercher de fort loin.

La médecine libérale est caractérisée avant tout par les rapports individuels entre le malade et son médecin, rapports faits de confiance réciproque, rapports humains extrêmement subtils qu'un rien peut détruire ou entraver, et qui doit aboutir à ce que Georges Duhamel a appelé «le colloque singulier» où les deux partenaires doivent obtenir une parfaite entente, une totale compréhension.

On me dira que c'est là une description d'une médecine idéale, utopique, et qui appartient au passé. Je sais parfaitement qu'à l'heure actuelle la perfection de ces relations est un but auquel il faut tendre et non une réalité acquise. Je sais aussi que ce n'est qu'une partie de la médecine, peut-être la plus haute, probablement la plus difficile et sûrement la plus importante.

Bien sûr, il ne peut s'agir là que de médecine individuelle, non de médecine de masse. Bien sûr, à l'heure des techniques, on ne saurait prétendre que cette médecine de la personne soit toute la médecine. Bien sûr, beaucoup de malades et de médecins préfèrent une médecine plus technique. Mais je pense qu'il ne faut pas tuer ce qui reste de plus purement humain dans la médecine et que, même si certains médecins sont les fossoyeurs de cette médecine personnelle, le législateur ne doit pas les encourager. Or plus on va vers l'organisation, la rationalisation, les contrôles administratifs, plus on s'immisce dans les rapports malade/médecin, plus aussi on favorise la médecine technique d'une part, la médecine de masse de l'autre. Qu'on me comprenne bien, je n'ai rien contre la médecine de masse quand par exemple il s'agit de prévention, de dépistage, de prophylaxie et sur ce point, mais sur ce point seulement, je rejoins mon confrère Forel.

Cette médecine, c'est le règne de la science, de la statistique, de l'ordinateur. Mais je demande que l'on garde une place pour la médecine de l'homme, qui, elle, est un art. Il est évident que, même dans la médecine individuelle, l'immixtion d'un tiers, contrôlant parce que payant, est inévitable. Mais ce tiers doit rester discret. L'assurance sociale doit soutenir les soins aux malades, elle ne doit pas les écraser de son omniprésence et de son omnipotence. Le Révérend Père Bruckberger écrivait il y a peu: «La médecine elle-même est maintenant soumise à l'économie.» C'est hélas! vrai, c'est hélas! inévitable. Ce que je demande, c'est qu'on n'aille pas inutilement trop loin dans la voie de cette soumission, que les rapports de confiance, le colloque singulier, n'en soient pas détruits.

Quel rapport avec l'article 34bis? Eh bien! je pense que plus l'intervention législative est contraignante, plus elle risque de compliquer et d'entraver les rapports malade/médecin. L'obligation d'assurance, par exemple, transforme la mentalité de ces rapports, surtout si elle s'accompagne d'une apparence de gratuité. Or c'est ce que nous propose l'initiative: les cotisations prélevées à la source sur le salaire, sans volonté et pratiquement sans efforts de la part de l'assuré. Pour celui-ci, les prestations deviennent un droit, ce n'est plus le résultat d'un accord avec un médecin auquel il a fait confiance dans le sens le plus large du terme. Du reste pourquoi cette obligation? Le Conseil fédéral le dit dans son message, elle est inutile. D'autre part, la Confédération et les cantons n'ont jusqu'ici qu'exceptionnellement utilisé la compétence qui leur était accordée par l'article 34bis actuel, de rendre obligatoire cette assurance-maladie.

Enfin rien ne prouve que l'obligation augmenterait réellement le pourcentage d'assurés, car les 5 ou 7 pour cent de non-assurés actuels pourraient bien être remplacés par 5 ou 7 pour cent d'exceptions inévitables dans toute obligation.

Ce qui est nécessaire, c'est que tous participent aux frais, et là le contre-projet établit cette participation. Pour ce qui est du financement, l'initiative prévoit un financement presque exclusif par des pour-cent de salaire. Selon les chiffres de l'Office fédéral des assurances sociales, ce serait 5 à 6 pour cent de salaire qu'il faudrait consacrer à la couverture des seuls frais médicaux si l'on adopte la formule de l'initiative. Notre économie est-elle en mesure de supporter cette ponction supplémentaire? Je pose la question. J'en pose également une autre. Qu'en sera-t-il, comme l'a fait remarquer un des orateurs précédents, du cas des indépendants, agriculteurs, artisans et autres?

Je pense, et nos collègues socialistes à la commission ne s'en sont du reste pas cachés, que leur parti voit là une occasion de favoriser la redistribution des revenus. Je n'ai rien à dire, ici et maintenant, sur le problème de cette redistribution, mais je pense que l'assurance-maladie est un chapitre particulièrement mal choisi pour se livrer à ce genre d'exercice.

Pour toutes ces raisons, notre groupe s'opposera donc à l'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie.

Quant au contre-projet, sans prétendre qu'il soit parfait, loin de là, il me semble qu'il a cependant l'avantage de répondre aux principales demandes formulées. Il fournit à l'assurance-maladie d'importantes recettes supplémentaires, entre 1 et 2 milliards de francs par an, selon qu'on s'arrête à 2 ou 3 pour cent des salaires, c'est-à-dire un supplément de 30 à 50 pour cent sur les

recettes actuelles. Du fait que ces recettes sont proportionnelles au revenu du travail, la péréquation sociale est nettement améliorée.

D'autre part, le contre-projet laisse subsister une part de cotisations volontaires à l'assurance et à côté de la solidarité laisse sa place à l'initiative et à la responsabilité personnelles. Je pense donc que, sans parler des autres, les assurés seront mieux défendus, les soins qui leur seront fournis seront plus efficaces et de meilleure qualité avec le contre-projet qu'avec l'initiative.

Dernière remarque: On a dit que le contre-projet était un monstre constitutionnel. Je reconnais qu'il n'a ni la concision de l'article 34bis actuel, ni la simplicité du texte proposé par l'initiative populaire et que ce ne sera certainement pas un des plus beaux fleurons de notre constitution. Mais je considère que le résultat pratique est le plus important, même si l'esthétique constitutionnelle doit en souffrir, ce que pour ma part je regretterais. Je regrette aussi du reste qu'on n'ait pas pu régler ce problème, non pas au niveau constitutionnel mais au niveau législatif. Mais le président de la commission vous en a expliqué le pourquoi tout à l'heure.

J'espère encore qu'à la fin de nos travaux parlementaires, la commission de rédaction voudra bien se pencher sur ce texte et redresser ce qui, dans cet article, heurte par trop la syntaxe française.

En conclusion, je dirai donc que notre groupe conclut à l'acceptation du contre-projet et au refus de l'initiative et vous invite à voter dans ce sens.

Wüthrich: Seit den Auseinandersetzungen über die Alters- und Hinterlassenerversicherung nach dem Zweiten Weltkrieg ist kaum eine sozialpolitische Vorlage auf mehr Interesse gestossen als diejenige über die Revision der Krankenversicherung. Sowohl in Fachkreisen — das heisst bei den Versicherungsträgern und Aerzten — wie auch in den politischen Parteien ist man sich darüber einig, dass unsere Gesetzgebung über die Krankenversicherung nicht mit der Entwicklung Schritt gehalten hat. Man sprach und spricht von der «kranken» Krankenversicherung und charakterisiert damit einen Zustand in unserem Krankenversicherungssystem, der nicht mehr länger haltbar ist.

Die sozialdemokratische Initiative für eine soziale Krankenversicherung hat also ein Problem zur Diskussion gestellt, dessen Existenz von niemandem grundsätzlich bestritten werden kann und auch grundsätzlich nicht bestritten wird. Die sozialdemokratische Initiative stellt jedoch im Gegensatz zu vielen bisherigen Rednern den Versicherten in den Mittelpunkt und wendet sich entschieden gegen die verallgemeinernde Unterstellung einer mangelnden Selbstverantwortung bei den Versicherten. Es sind ja nicht die Versicherten, die die Art und die Dauer der ärztlichen Behandlung bestimmen, sondern es sind die Aerzte — und das soll meines Erachtens auch so sein. Man kann also nicht den Versicherten unterstellen, ihnen mangle es an Selbstverantwortung.

Nun zeigen aber die verschiedenen Modelle — es sind deren etwa sechs oder sieben, die mir bekannt sind —, dass man auf weite Strecken an den tatsächlichen Ursachen der Krankheit unserer Krankenversicherung vorbeikritisiert und auch vorbeidiskutiert. Man hebt insbesondere immer wieder die Vielzahl der Krankenversicherungen und der übrigen Versicherungsträger hervor. Es ist jedoch weniger die Vielzahl der Krankenkassen, die uns Sorgen bereitet, sondern vielmehr die Vielfalt

der eidgenössischen und kantonalen Vorschriften, wie zum Beispiel die von Kanton zu Kanton unterschiedlichen Einkommens- und Vermögensgrenzen für Versicherte in sehr guten wirtschaftlichen Verhältnissen (gemäss Art. 22 KUVG), dann die kantonal und regional unterschiedlichen Arzttarife, dann die doppelt differenzierten Spitaltaxen, nämlich differenziert zwischen den Kantonen und differenziert zwischen den Kantonsewohnern und den Ausserkantonalen, dann die Differenzierung zwischen den nach Arzneimittelliste und Tarif und der Spezialitätenliste anerkannten und nicht anerkannten Medikamenten.

Wenn man bedenkt, dass es insbesondere die zentralisierten, das heisst die grossen Krankenkassen sind, die es mit 25 Ganz- und Halbkantonen zu tun haben, kann man sich etwa vorstellen, mit wieviel Verwaltungs- und Kontrollballast diese Kassen belastet werden.

Ein anderes Problem unseres Krankenversicherungssystems ist die Ueberbetonung des Prinzips auf Gegenseitigkeit, das heisst das Fehlen einer wirksamen Solidaritätskomponente. Nach unserem bisherigen Prinzip hat jeder Versicherte für das ganze durchschnittliche Krankheitsrisiko aufzukommen; es wird lediglich etwas gemildert durch Beiträge der öffentlichen Hand, das heisst von Bund und Kantonen. Die Auswirkungen dieses Prinzips sind, dass die Prämienbelastung mit dem Wachstum der Familie und der physischen und psychischen Belastung eines Berufsstandes steigt. Der Alleinstehende zahlt die Prämien für seine eigenen Krankenpflegeansprüche nach dem gewogenen Durchschnitt, während der Familienvater ein Mehrfaches zu bezahlen hat. Ferner: Eine Krankenkasse der Schwerindustrie benötigt, weil die Versicherten krankheitsanfälliger sind, höhere Prämien als eine solche der Leichtindustrie. Diese Sachlage — sie ist nur rudimentär skizziert — war den Beauftragten der Sozialdemokratischen Partei und des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes für die Ausarbeitung eines Initiativtextes bestens bekannt. Um die grössten Lücken und Hemmnisse zu beseitigen oder wenigstens zu mildern, verfolgten sie mit ihrem Textvorschlag für die Initiative drei Ziele, oder ich möchte sagen, drei Hauptziele: erstens die Schliessung der bestehenden Versicherungslücken durch das Versicherungsobligatorium für das ganze Volk; zweitens einen optimalen Prämienausgleich durch eine lohnprozentuale Beitragsordnung, ergänzt durch Beiträge des Bundes und der Kantone, und drittens eine Vereinfachung der Administration und Kontrolle durch eine horizontale und vertikale Koordination, das heisst durch die Schaffung einer optimalen Einheit in der Vielfalt, drei Ziele also, die mit einer Staatsmedizin nichts, aber auch gar nichts zu tun haben.

Nun wird die Frage gestellt: Ist eine solche Versicherung volkswirtschaftlich tragbar? Eine sehr bestechende Frage! Sie muss tragbar sein, denn die Kosten fallen so oder so an und sie müssen so oder anders von unserer Volkswirtschaft aufgebracht werden. Es handelt sich hier lediglich um eine Verteilung dieser Kosten, und zwar nach sozialen Gesichtspunkten. Weder der bundesrätliche Gegenvorschlag noch die ständerätliche Fassung, noch die Vorschläge der nationalrätlichen Kommission erfüllen diese Ziele. Sie können deshalb nicht als echte Alternativen zur Initiative akzeptiert werden. Ja sie gehen sogar — das wurde hier schon gesagt — weniger weit als die heutigen Verfassungsgrundlagen in den Artikeln 34bis und 34quinquies betreffend die Kranken- und Unfallversicherung beziehungsweise Mut-

terschaftsversicherung. Dass der Ständerat mit seiner eigenen Fassung nicht zufrieden ist, bestätigt er nämlich selbst in seinem Postulat, das Sie am Schluss der Fahne finden, dem Postulat, mit dem er den Bundesrat einlädt zu prüfen, wie den nichtversicherten Betagten, den heimkehrenden Auslandschweizern und Personen, die sich nur unter Vorbehalt versichern können, der Beitritt zu einer Krankenkasse zu tragbaren Bedingungen ermöglicht werden könnte. Man ist also im Ständerat auf dem besten Wege, etwas Unvollständiges zu machen. Diese Lücken würden mit der Initiative vollständig geschlossen; das Problem wäre also gelöst und das Postulat überflüssig.

Die heute geltenden Verfassungsartikel über Kranken- und Unfallversicherung und die Mutterschaftsversicherung enthalten — im Gegensatz zu den heute unterbreiteten Vorschlägen — nämlich keine Einschränkung. Nach denselben ist der Bund befugt, diese Versicherungszweige einzuführen und sie allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen (bei der Kranken- und Unfallversicherung) beziehungsweise Bevölkerungsgruppen (bei der Mutterschaftsversicherung) obligatorisch zu erklären. Die Kranken-, Unfall- und Mutterschaftsversicherung im Sinne des Volksbegehrens sozialer auszugestalten, wäre also ohne Verfassungsänderung durchaus möglich gewesen. Nun, die kleine Revision des KUVG im Jahre 1964 hat jedoch mit aller Deutlichkeit gezeigt, dass ein zeitgemässer Ausbau in der Richtung einer Vollsolidarität gemäss AHV und IV politisch unmöglich war. Wie die verschiedenen Modelle und Vorschläge zeigen, hat sich die politische Bereitschaft zu einer solchen Solidarität in unserem Parlament in den letzten Jahren kaum wesentlich verbessert. Das war denn auch der tiefere Grund bei der Sozialdemokratischen Partei, unterstützt vom Schweizerischen Gewerkschaftsbund, zur Lancierung einer Verfassungsinitiative, natürlich auch in Ermangelung der Gesetzesinitiativen-Möglichkeit.

Die Initiative enthält, wie Sie wissen, zwei Schwerpunkte, durch die auch der dritte realisiert wird: einerseits das Versicherungsobligatorium für das ganze Volk und andererseits die lohnprozentuale Finanzierung nach den Regeln der AHV und IV; ergänzt, wie gesagt, durch Beiträge des Bundes und der Kantone; zwei Schwerpunkte, die automatisch zu der angestrebten Vereinfachung dieses Versicherungszweiges führen würden. Keiner der Vorschläge enthält auch nur einen Schimmer dieser beiden in der Initiative vorgeschlagenen Grundsätze. Sie gehen sogar, wie schon gesagt, hinter die jetzt geltende Verfassungsbestimmung zurück.

Die Bundeskompetenz für das Obligatorium wird beim bundesrätlichen Vorschlag auf die Heilanstaltsbehandlungen und ähnliche aufwendige Behandlungen eingeschränkt, und der Ständerat will überhaupt kein Obligatorium. Er will diese Kompetenz dem Bund und den Kantonen überlassen; bis heute war sie beim Bund.

Die nationalrätliche Kommission schliesslich ist für ein Teilobligatorium in der Krankengeldversicherung, nämlich für die Arbeitnehmer, und zwar gemäss bundesrätlichem Vorschlag. — Bei der Finanzierung der Krankenpflegeversicherung schlagen alle drei (d. h. der Bundesrat, der Ständerat und die nationalrätliche Kommission) eine Zweiteilung der Prämien in Lohnprozente und Kopfprämien vor, wobei der Ständerat die Lohnprozente bei 2 Prozent und die nationalrätliche Kommission bei 3 Prozent einzementieren will. Es ist für jedermann klar, dass diese Zweiteilung dem Bestreben

nach einer administrativen Vereinfachung zuwiderläuft. Die Verwaltung würde dadurch im Gegenteil noch komplizierter als sie schon ist.

Aus allen diesen Gründen anerkennt die sozialdemokratische Fraktion keinen der Gegenvorschläge als brauchbare Alternative zur Initiative. Ich bin zwar ermächtigt zu sagen, dass unsere Fraktion für Eintreten auf die Vorlage ist. Ihre endgültige Haltung wird vom Schicksal unserer Verbesserungsvorschläge in beiden Räten abhängen.

Egli: Schon in der Kommission warf ich die Frage auf, ob der vom Bundesrat eingeschlagene Weg zur Schaffung eines neuen Verfassungsartikels richtig sei. Nachdem wir bereits einen Verfassungsartikel besitzen, hätten wir unsere Zeit und unsere Kraft zur sofortigen Neugestaltung des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes verwenden können. Nun, die vom Bundesrat in seiner Botschaft vorgetragene Gründe für einen neuen Artikel lassen sich sehen. Heute die Uebung abzubrechen, wäre sicherlich unvernünftig, und so dürfte denn auch Eintreten grundsätzlich unbestritten bleiben. Die Form des neuen Verfassungsartikels dagegen darf verfassungstechnisch kaum als Schmuckstück bezeichnet werden. Zuzugeben ist, dass es schwer hält, etwas anderes zu finden, ohne gleichzeitig den Inhalt zu verschieben.

Ich möchte die Hoffnung aussprechen, dass unsere Arbeit nicht umsonst geleistet wird. Das wäre dann der Fall, wenn auch der vom Parlament verabschiedete Gegenvorschlag von Volk und Ständen abgelehnt würde. Damit dieser Unfall nicht eintritt, muss der Gegenvorschlag eine tragbare Mittellösung verkörpern. Der Ständerat hat dazu unseres Erachtens die Weichen richtig gestellt. Die Vorlage wird eine um so überzeugendere Annahme finden, als wir in der Lage sind, zwischen Ansprüchen und Finanzierung richtig zu interpolieren. Exzesse in beiden Richtungen müssten zu einer Ablehnung führen. In erster Linie muss es darum gehen, die Anspruchsinflation zu verhindern. Gelingt uns dies, dann werden wir die ohnehin noch hohen Krankenkosten in vernünftigem Rahmen finanzieren können. Bei allen ehrlichen Wünschen und Forderungen geht es im Grunde genommen um die Frage der Tragbarkeit, und zwar in doppelter Beziehung. Lassen wir der Anspruchsinflation freien Lauf, dann steigen nicht nur die Kosten ins Unermessliche, sondern wir sind allenfalls wegen Ueberforderung nicht in der Lage, mit unserem Aertzepotential den Gesundheitsdienst sicherzustellen. Dabei besteht dann sehr leicht die Gefahr, dass sich eine solche Notsituation gerade zu Lasten der Kleinen und Schwachen und damit zugunsten ganz bestimmter Volksschichten auswirkt. Eine derartige Aufspaltung des Gesundheitswesens mit all den sozialen Nebenerscheinungen könnte für unseren Staat und für unser Volk sehr verhängnisvoll sein.

In der Kommission hat mir ein Beispiel ganz besonderen Eindruck gemacht. Der Vertreter der Zahnärzteschaft hat auf folgendes hingewiesen: Auf 1. Januar 1972 hat ein schweizerisches Unternehmen für den ganzen Betrieb vom ersten Tag der Betriebszugehörigkeit an eine Krankenversicherung mit 100 Prozent Deckung eingerichtet. Dieses Experiment musste schon nach sechs Monaten wieder abgebrochen werden, und zwar wegen der Anspruchsinflation. Innerhalb von sechs Monaten haben sich nämlich die Krankheiten um 30 Pro-

zent vermehrt, und zwar in einem derartigen Ausmass, dass der Produktionsablauf gefährdet wurde.

Die zweite Grenze der Tragbarkeit ist bei der Finanzierung zu ziehen. Vorerst wird die Gesamtheit der Kosten davon abhängen, wie weit wir die Ansprüche im Griff halten können. Sodann geht es um das Finanzierungssystem, mit anderen Worten: um die Relationen zwischen Selbstbeteiligung, Subventionen von Bund und Kantonen und dem obligatorischen Lohnprozentualen Allgemeinbeitrag.

Ich bin der Auffassung, dass eine angemessene Selbstbeteiligung durch Individualprämien den individuellen Versicherungscharakter in etwa noch erhalten muss, die vor allem geeignet ist, der Anspruchsinflation entgegenzusteuern. Ganz abgesehen davon, dass eine Reduktion der Kassenbeiträge von heute von 80 Prozent auf zum Beispiel 10 Prozent gemäss Initiative und Antrag Wüthrich als exzessiv mit allen Nebenfolgen zu bezeichnen ist.

Aus den gleichen Ueberlegungen votiere ich auch für eine Begrenzung der Lohnprozente in der Verfassung. Wir müssen einigermaßen wissen, wohin wir mit diesem stark beladenen Schiff in der Zukunft fahren. Im übrigen begreife ich die Initianten und auch diejenigen nicht, die unter Entlastung der öffentlichen Hand inskünftig der lohnprozentualen Aufstockung freien Lauf lassen wollen. Wohl liegt in den Lohnprozenten ein Solidaritätsbeitrag an die Schwächeren, aber es ist nicht zu übersehen, dass über die Progression der Steuern die hohen Einkommen einen grösseren Beitrag zu leisten in der Lage wären. Im Volk regen sich immer mehr Kräfte, der überforderten wirtschaftlichen Entwicklung vor allem wegen der spürbaren Nebenfolgen — ich denke an die Infrastruktur, höhere Steuern, Inflation und Teuerung — Grenzen zu setzen. Ehrlicherweise müssen wir zugeben, dass wir in gewissen Bereichen übertrieben haben; wir haben über unsere Verhältnisse gelebt. Wenn ich mich für eine ausgewogene Lösung in der Krankenversicherung einsetze, dann aus der Ueberlegung heraus, dass wir nicht nur im wirtschaftlichen, sondern auch im Sozialsektor gefährlich nahe an die Schallmauer des Tragbaren gelangen könnten, deren Durchstossung erhebliche Schäden verursachen müsste. Seit der Abstimmung über den neuen AHV-Artikel zeigt sich immer mehr, dass die aktive Generation nicht bereit und gewillt ist, zu Lasten von Ferien, Bildung, Freizeitgestaltung, Kindererziehung und so weiter beliebige Lohnprozente zugunsten der immer grösser werdenden inaktiven Volksgruppe aufzubringen. Kommen dann noch allzu hohe Lohnprozente für die Krankenversicherung dazu, dann könnte das Werk gefährdet werden. Wir müssen uns nämlich bei der Beurteilung der Entscheidungsmotive unseres Volkes über folgende Situation Rechenschaft geben:

Während die AHV und die IV, die teilweise ebenfalls über Lohnprozente finanziert wird, jedem Beitragszahler persönlich oder im Todesfall seinen Angehörigen mit den einbezahlten Beiträgen einen echten Gegenwert in Form von Renten sichert, stellt der Lohnbeitrag in der Krankenversicherung einen Solidaritätsbeitrag der kleinen und der grossen Einkommen an den kranken Mitmenschen, also an eine ganz besondere Gruppe dar. Das ist zwar richtig, aber wir müssen uns bewusst sein, dass hier vom einkommensmässig Schwächeren Grenzen gesetzt werden und dass ein Konfliktherd entstehen kann, indem Anspruchsinflation und Beitragsätze sich diametral gegenüberstehen. Es entstünde dann nicht ein

Gegensatz zwischen den verschiedenen Einkommen, sondern zwischen kranken Menschen und der Zahlungswilligkeit der Gesunden. Die Solidarität findet auch bei kleinen Einkommen ihre Grenzen am Mass der Lohnbeiträge.

Bei all diesem Abwägen geht es letztlich also darum, ob die anzustrebende Lösung für alle tragbar wird. Auch im Sozialsektor dürfen wir nicht über die Verhältnisse leben, ohne dass sich das Ueberziehen eines Tages rächt. Kürzlich hat auch Herr Bundesrat Celio auf diese Entwicklungsgefahr hingewiesen, und das Budget, das wir noch in dieser Session zu behandeln haben, wird uns zeigen, dass auch auf diesem Sektor gewisse Grenzen gesetzt werden müssen.

Ich unterstütze daher im Prinzip die Linie der Kommissionsmehrheit, wobei ich bei der Finanzierung im Falle der Ablehnung des Minderheitsantrages Ribi einen Kompromiss vorschlage: Dieser zielt darauf ab, in der Verfassung nicht nur die Lohnprozente, sondern gleichzeitig auch den Höchstanteil der durch die Lohnprozente zu deckenden Krankenkosten zu fixieren. Es handelt sich dabei um eine Brücke zwischen dem Vorschlag der Kommissionsmehrheit und dem Minderheitsantrag Jelmini, eine Brücke, die für den Rat begehbar sein sollte.

Zum Schluss habe ich noch zwei Fragen: In Absatz 1 hat die Kommission nach reiflicher Diskussion den Tarifschutz des Versicherten eingebaut. Ich möchte nun wissen, und frage deshalb Herrn Bundesrat Tschudi, ob und wie weit allenfalls durch diese Bestimmung die Verhandlungsfreiheit der Sozialpartner eingeschränkt wird oder eingeschränkt werden könnte?

Eine zweite Frage: Sieht der Bundesrat unter irgendeinem Aspekt des neuen Verfassungsartikels oder gegebenenfalls unter dem Blickwinkel eines noch auszuteilenden Zusatzantrages die Einführung einer Bundeskrankenkasse vor? Je nach der vom Bundesrat erhaltenen Antwort werde ich mir vorbehalten, in der Detailberatung einen entsprechenden Antrag zu stellen.

Zum Schluss beantrage ich Ihnen namens der christlichdemokratischen Fraktion, auf die vom Ständerat erarbeitete Konzeption einzutreten. Sie begrüsst im Prinzip die vom Ständerat vorgezeichnete Linie.

Zwygart: Es wäre sicher falsch, die heutige Lage dramatisieren zu wollen; aber ich fürchte, mit der zur Diskussion stehenden Vorlage besonders unseren jungen Steuerzahlern zuviel zuzumuten. Zu den obligatorischen Beiträgen zur AHV und IV, welche 1975 nochmals erhöht werden sollen, gesellen sich alle übrigen Kassen- und Versicherungsbeiträge. Diese Gesamtbelastung hat m. E. das zumutbare Höchstmass erreicht; man spricht, es mache demnächst 54 Lohnprozente aus. Wer kann unseren Jungen garantieren, dass sie dann in 30 bis 40 Jahren für ihre grossen Leistungen einen entsprechenden Gegenwert erhalten werden? Deshalb scheint mir der Vorschlag der Minderheit zu Artikel 2a (die Belastung der gesundheitsgefährdenden Produkte mit einer Sondersteuer) ein gangbarer Weg. Freilich erachte ich es als besser, klar zu sagen, welche Produkte gemeint sind; denn der Stimmbürger möchte die Katze nicht im Sack kaufen. In der Detailberatung werde ich mir deshalb gestatten, einen entsprechenden Abänderungsantrag zu stellen. Es ist auch bei der Krankenversicherung angebracht, die Finanzierung nach dem Verursacherprinzip vorzunehmen; denn die häufigen Erkrankungen bei Alkohol- und Nikotinmissbrauch wirken sich direkt auf die Leistungen der Krankenversicherungen aus. So

schreibt das Kantonsspital Winterthur: «Nach wie vor sind an gewissen Stichtagen auf den Männerabteilungen ein Drittel und mehr Kranke zu finden, die organische oder psychische Schäden von ihrem Alkoholmissbrauch zeigen. Unter den Patienten mit Herzinfarkt, deren Behandlung sehr aufwendig ist, befinden sich zwei Drittel übermässige Raucher über längere Zeit. Die Öffentlichkeit und ihre Exponenten, die Jugend eingeschlossen, könnten hier einen mutigen und sozialen Beitrag leisten (es geht um Milliarden von Franken), einerseits durch Mässigung im Verbrauch der schädlichen Konsumgüter Tabak und Alkohol, andererseits durch Bereitschaft, diese begehrten Stoffe zu besteuern.»

Raucher leben 25mal gefährlicher als Nichtraucher: Herzinfarkt, Lungenkarziom sind ihre häufigsten Todesursachen. Wir zählen heute 130 000 Alkoholranke, für die die Krankenversicherung aufzukommen hat. Deshalb dürfte es nichts als recht und billig sein, diese Verursacher der riesigen Kosten zugunsten der Krankenversicherung speziell zu besteuern. Wir müssen es wagen, nicht das zu tun, was populär, sondern was richtig ist. Man wird mir vorhalten, wie das bei der Beantwortung meines Postulates vom 29. November 1972 geschehen ist, nach Artikel 34 der Bundesverfassung seien Reineinnahmen der Tabaksteuer und aus dem Tabakzoll zur Deckung des Bundesbeitrages an die AHV und IV zu verwenden. Dort heisst es: «Im übrigen sei darauf hingewiesen, dass eine allzu massive Steuererhöhung sich sehr ungünstig auf die Ausfuhr durch ausländische Touristen, Grenzbewohner und Arbeitskräfte sowie auf die stark ins Gewicht fallende übrige Ausfuhr (sagen wir dem ruhig Schmuggel) auswirken würde, so dass nicht unbedingt mit einem entsprechenden Mehrertrag gerechnet werden kann.»

Gerade als ob es ein Unglück wäre, wenn der Zoll- und Steuerertrag wegen Wenigerkonsum zurückginge! Das wäre ja gerade erstrebenswert, und es käme der öffentlichen Hand um ein Vielfaches zugute, wenn weniger Raucherschäden auftreten würden. Es ist zudem höchst fragwürdig, ob es Aufgabe des Bundes sei, dem Zigaretenschmuggel durch niedrige Steueransätze Vorschub zu leisten.

Genau dasselbe, was die bundesrätliche Antwort von der Tabakbesteuerung zur Finanzierung der AHV und IV im Blick auf Artikel 34 BV sagte, könnte auch von den Lohnprozente gesagt werden. Auch sie sind zur Finanzierung dieser beiden Versicherungen vorgesehen. Es besteht aber ein grundlegender Unterschied: Zur Abgabe der Lohnprozente werden alle gezwungen. Bei der Besteuerung von Tabak und gebrannten Wassern z. B. ist die Steuer freiwillig. Es wird absolut niemand gezwungen, diese besteuerten Güter zu konsumieren. Der Besteuerte kann auch die Höhe seines Beitrages durch die Menge des Konsums selber bestimmen. Es geht also ganz nach dem Satz: «Der Schweizer tut, was er will, und ist auch dazu nicht verpflichtet.»

Eine Sondersteuer fände beim grössten Teil des Volkes gewiss mehr Sympathie als ein obligatorischer Versicherungsbeitrag. Die zusätzliche Besteuerung von Tabak und gebrannten Wassern wäre durchaus erträglich und braucht die Beiträge an die AHV und IV in keiner Weise zu tangieren. Die Besteuerung der Zigaretten bei uns ist weitherum in Europa die niedrigste, nämlich 46 Prozent, in Italien dagegen 80 bis 85 Prozent, in Grossbritannien 80 Prozent, in Frankreich 72 Prozent und in Deutschland 60 Prozent.

Aehnlich steht es mit der Branntweinsteuer. Der Liter 50grädiger Alkohol wird in Frankreich mit 11 Franken, in Belgien über 15 Franken, in Dänemark über 27 Franken, in Grossbritannien über 38 Franken, in Schweden und Norwegen über 40 Franken und in der Schweiz sage und schreibe mit Fr. 8.55 besteuert. Wollen wir darauf warten, bis uns die EWG eine höhere Besteuerung des Alkohols vorschreibt?

Welchen Ausgang unsere Beratungen auch nehmen werden, Wunder werden keine passieren; aber als Parlamentarier sind wir verpflichtet, für das Wohl und das Wohlergehen des Volksganzen einzustehen. In diesem Sinne möchte ich mein Votum verstanden haben.

M. Primborgne: J'appartiens à la majorité de la commission pour l'essentiel des propositions qui sont soumises à notre Conseil. Je soutiendrai, toutefois, l'avis de minorité dont je suis signataire avec nos collègues Jelmini, Staehlin et Trottmann; vous le trouverez à la lettre a. du chiffre 2.

Certes, ce n'est pas que les travaux de notre commission n'aient pas fait ressortir l'intérêt que présente l'initiative populaire mais — nos collègues socialistes, qui connaissent mon point de vue, comprendront le sens de ma remarque — le fait qu'elle émane des seuls milieux qui l'ont présentée la rend contestable à beaucoup. Je comprends fort bien pour ma part qu'un parti qui reçoit mandat de son congrès de lancer une initiative le fasse sans autre appui mais il s'agit précisément d'un domaine où l'apport de milieux divers aurait été profitable. C'est pourquoi, étant donné la situation telle qu'elle se présente, la diversité des opinions exprimées au cours des travaux de cette révision, j'estime que le Parlement doit présenter au peuple et aux cantons l'occasion de faire un choix. D'ailleurs, la direction que suit le contre-projet pourra bien nous conduire lors d'une prochaine révision assez près des idées défendues par l'initiative populaire tant il est vrai que la notion d'assurance généralisée et celle du financement solidaire finiront par s'imposer. L'assurance individuelle, le financement individuel, depuis un certain temps insupportables pour beaucoup, sont devenus de véritables mythes qui ne sont nullement le gage de la liberté individuelle comme le prétend le message. Si l'on se réfère aux avis exprimés dans le projet des experts qui se lancèrent fort imprudemment, et à une faible majorité il est vrai, dans une scission de l'assurance, ce qui eut pour effet de compromettre leurs travaux, et si l'on essaie de faire un résumé des diverses opinions soulevées par leur rapport, on aboutit vite à la conclusion qu'une synthèse devient impossible et qu'un véritable galimatias de tendances diverses reste le seul fruit de ces travaux.

Nous devons donc admettre, un peu à notre corps défendant, que les travaux issus de l'alliance conclue entre caisses-maladie et médecins constituent une base de discussion que le Conseil des Etats a bien fait de retenir. Quant à la durabilité d'une telle alliance, on risquerait d'être un peu naïf en pensant qu'elle ne sera pas exposée à des difficultés qui naîtront dès que la période de danger ressentie par les caisses et les médecins s'éloignera de la phase aiguë. Il faut donc profiter des résultats obtenus, les amender et les perfectionner. Une fois encore, nous tenons pour nécessaire de dire ici que l'initiative socialiste présente de réels avantages, même si l'on déplore le fait que la garantie des tarifs, qui est le pendant de la liberté de traitement, en soit malheureusement absente.

Par contre, la généralisation de l'assurance et son financement au moyen d'une solidarité efficace, ne sont pas jugés dans de larges milieux populaires comme dépassant les besoins d'une politique sociale moderne. Je déplore pour ma part que le Conseil fédéral ait été en cette matière d'un avis contraire. Il aurait pu, tout en recommandant une solution provisoirement moins générale, ne pas contester l'efficacité du principe de l'obligation car l'AVS et l'AI reposent précisément sur l'idée de solidarité et d'obligation. Bien habile serait celui qui discernerait actuellement une opposition de quelque valeur dans ce domaine. On constate, bien au contraire, qu'il s'agit là d'une base saine et équitable ne pénalisant pas la famille que tous les partis entendent pourtant protéger. Mais on continuera longtemps encore à entendre, pour seule raison, que l'assurance-maladie ne saurait dépendre des mêmes critères. Il s'agit là aussi d'une espèce de lieu commun que le peuple pourrait bien ne plus cautionner. La hausse des tarifs médicaux et de l'hospitalisation impose à trop de gens, et cela depuis plusieurs années, des cotisations dont le caractère social a disparu.

On répondra sans doute que l'utilisation de l'assurance-maladie par le peuple est fréquemment abusive et qu'elle n'est pas étrangère à l'explosion des frais, cette expression qui a fait fortune et veut expliquer tous les maux dont souffre cette branche de notre sécurité sociale. On omet trop souvent de relever que, si l'explosion des frais est due à un usage inconsidéré des droits ou à une multiplication des services demandés, le coût croissant des actes médicaux et des taxes hospitalières ne saurait être étranger à cette situation et il faut rappeler que soit les malades, soit les caisses-maladie n'ont ici aucun pouvoir.

C'est pourquoi, revenant à l'essentiel des propositions de notre commission, nous devons appuyer toute mesure permettant une répartition plus équitable de la charge de l'assurance et particulièrement à l'égard des familles puisque, une fois encore, il n'y a pas un parti qui ne se préoccupe de la défendre.

Nous devons donc rechercher une solution qui apporte un financement ne reposant plus sur l'addition de primes individuelles qui pénalisent les familles de condition sociale faible ou moyenne. Un contre-projet qui n'apporterait pas un financement favorable «aux catégories de la population à ressources modestes pour qu'elles puissent s'assurer à des conditions raisonnables» serait, on peut le dire, une grave insuffisance, voire une tromperie à l'égard de ceux qui seront invités à repousser l'initiative socialiste.

On ne sait pas encore comment la loi d'application réglera la promesse contenue sous chiffre 2, lettre a, et qui veut assurer des conditions d'assurance raisonnables à la population n'ayant que des ressources modestes, mais j'aimerais mettre en garde contre des mesures exigeant, qu'on le veuille ou non, des enquêtes individuelles qui ne peuvent être réalisées sans un appareil administratif excessif pour l'Etat, que ce soit les communes ou les cantons, ou pour les caisses-maladie. Pas plus de reste qu'on ne doit choisir d'exiger de larges couches de la population qu'elles soient contraintes à des démarches ressemblant, par exemple, à la malencontreuse classification des assurés subie dans plusieurs de nos cantons. On est ici en présence d'une assurance sociale couvrant les besoins d'une masse de personnes. Une solution d'ordre général comme la perception d'une cotisation selon les règles de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité constitue donc la meilleure des solutions, si cette cotisa-

tion repose sur des bases suffisantes. Là encore, je me permets de faire part à mes collègues de mon expérience qui m'autorise à dire combien je trouve superficielle l'idée que la disparition de la cotisation individuelle provoquera une aggravation de l'explosion des frais et une disparition du sens de la responsabilité personnelle. Nous assurons en Suisse des dizaines de milliers de personnes selon le principe de la cotisation prélevée à la source (système AVS-AI); qui donc pourrait affirmer que le secteur d'assurance qui est ainsi traité depuis plus de vingt ans donne le spectacle d'abus en matière de prestations ou d'une irresponsabilité de la part des bénéficiaires? Il y a à ce sujet dans bien des milieux, et dans le message aussi, une ou deux réflexions qui ne correspondent pas à la réalité.

Je vous recommande donc vivement d'accepter le principe de la cotisation générale dans la version de la majorité si la forme prévue par la minorité II, qui sera défendue par M. Jelmini, ne rencontre pas votre assentiment. Un pourcentage n'excédant pas 3 pour cent et permettant de couvrir jusqu'à 50 pour cent de l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques me paraît être une heureuse solution. La notion d'ensemble des frais médicaux permet un financement de l'assurance reposant sur des bases beaucoup plus larges que celles qui sont préconisées par la majorité. Cette dernière vise à réduire en particulier, je le reconnais, le coût du traitement hospitalier, ce qui est bien conforme aux intentions maintes fois exprimées; elle mentionne encore les soins à domicile, la maternité et la médecine préventive, ce qui constitue un éventail ignorant les traitements ambulatoires. C'est pourquoi l'expression «jusqu'à 50 pour cent de l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques» constitue vraiment la solution pouvant décharger la population de cotisations individuelles trop élevées. Sans vouloir trop insister, je vous rappelle que le système d'assurance des frais dentaires préconisé par la majorité de notre commission obligera la population à conclure des assurances privées qui s'ajouteront à leurs cotisations individuelles maintenues. Les remarques faites par le Conseil fédéral, aux pages 23 et 24 de son message en français, insistent sur l'importante péréquation sociale que le système préconisé par l'initiative socialiste apporterait spécialement aux catégories de la population que nous sommes tous d'accord de protéger; il serait dès lors honnête de ne pas imposer par cette révision des cotisations aussi élevées ou plus élevées encore que celles que nous déplorons dans le système actuel.

En conclusion, j'estime qu'il y a dans notre contre-projet quantité d'éléments positifs mais qu'il faut le défendre contre des faiblesses qui rendraient l'initiative encore plus attrayante pour le corps électoral. La mentalité des gens qui n'admettent pas d'assumer leurs responsabilités pour avoir une assurance-maladie les protégeant réellement n'est pas si répandue qu'on le dit. Or une des faiblesses évidentes du contre-projet, c'est son illusoire protection en matière de couverture des frais dentaires. La médecine dentaire, qui est tout aussi nécessaire que la médecine générale, ne repose actuellement sur aucune convention. Il n'y a pas de protection tarifaire, ce qui permet d'incontestables abus que le peuple ne supporte pas avec la résignation dont nous avons entendu parler. C'est pourquoi il devra rechercher par des assurances individuelles forcément coûteuses la couverture d'un risque inévitable. En acceptant, en tout cas, la notion de 3 pour cent et, à mon avis, la thèse défendue par la minorité II, vous offrez de le décharger dans des

proportions acceptables, d'où la prudence n'est nullement exclue, de l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques; de plus vous obtiendrez une diminution de la cotisation individuelle des sociétaires.

J'appuierai donc la majorité dans l'ensemble de ses propositions et l'avis de la deuxième minorité en ce qui concerne l'article 2, 2e alinéa, lettre a.

Alder: Die Finanzierung der Krankenversicherung wird gemeinhin als das Kernstück der neu zu ordnenden Krankenversicherung bezeichnet, ich meine: zu Recht. Abgesehen von gewissen Unterschieden in bezug auf die einzelnen Versicherungsarten basiert die Finanzierung nach allen vorliegenden Vorschlägen auf drei Säulen: Einmal den Beiträgen des Bundes und der Kantone, die ihrerseits aus den Steuern gespiesen werden; dann — zweitens — Leistungen der Versicherten, seien es nun Lohnprozente, Prämien oder Rückbehalte; drittens: Leistungen der Arbeitgeber im Rahmen der hälftigen Uebernahme der Lohnprozente nach dem System der AHV. Ich mache mir in Anbetracht dieses offenbar allgemein akzeptierten Finanzierungssystems keine grossen Illusionen, dass im Prinzip daran festgehalten wird. Eine grundsätzliche Kritik daran kann ich mir indessen nicht ersparen, ich muss sie hier vorbringen.

Die richtige Finanzierungsart zu finden, ist gewiss nicht leicht, weil die Meinungen darüber geteilt sind, welchen Aspekten grössere Aufmerksamkeit geschenkt werden soll: dem sozialen Aspekt, dem finanziellen Aspekt im Sinne der Beschaffung genügender Mittel, dem Aspekt der Eigenverantwortung bei der Vorsorge, der Berücksichtigung der heutigen Finanzierungs- und Versicherungsstruktur und so weiter. All das führt natürlich zu einer unterschiedlichen Verteilung der Gewichte bei der Wahl des Finanzierungssystems. Ich meine aber, wie auch immer man die verschiedenen Faktoren akzentuiert, die Versicherung soll vor allem der unterschiedlichen Leistungsfähigkeit aller Versicherten Rechnung tragen, gleichzeitig das Moment der Eigenverantwortung nicht vernachlässigen und die erforderlichen Einnahmen einigermaßen sicherstellen.

Mir scheint, die sozial befriedigendste Lösung wäre bei diesem Finanzierungspflichtenhäft die Deckung der Kosten durch Beiträge der öffentlichen Hand aus Steuermitteln und durch Beiträge der Versicherten. Konkret hätte dies Steuererhöhungen zur Folge (direkte und indirekte Steuern), wobei — soweit es sich um direkte Steuern handelt — vor allem die Progression eine zusätzliche soziale Komponente in das System einführen würde. Mit den Beiträgen der Versicherten selbst würde andererseits dem Aspekt der Eigenverantwortung für das persönliche Wohlergehen angemessen Rechnung getragen.

Offensichtlich handelt es sich bei diesem Finanzierungssystem — diesem zweisäuligen System — um eine in diesem Rat nicht sehr populäre Variante. Anders lassen sich die vorliegenden Haupt-, Mehr- und Minderheitsanträge, die allesamt die Teilfinanzierung über Lohnprozente bejahen, kaum erklären. Ich möchte aber zu bedenken geben: Das ach so praktische AHV-Finanzierungssystem mit der hälftigen Aufteilung der Lohnprozente auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber ist sozial- und konjunkturpolitisch bedenklich. Es ist jedermann klar, dass viele Unternehmen versuchen werden, ihren lohnprozentualen Anteil mit einem entsprechenden Kostenzuschlag einfach auf die Preise zu überwälzen. Sie werden dazu oft ganz einfach gezwungen sein aufgrund

der Wettbewerbssituation. Das fördert — wenn es geschieht — ganz zweifellos die Teuerung einmal mehr völlig unnötigerweise, jene Teuerung, die doch sonst als soziales Grundübel angeprangert wird. Dass man gleichwohl — ich weiss nicht, ob bequemlichkeitshalber, oder weil man die konjunkturkonforme Massnahme, die Finanzierung über die Steuern, nicht will — an der lohnprozentualen Teilfinanzierung festhält, halte ich für äusserst problematisch.

Der zweite Schönheitsfehler besteht darin, dass einmal mehr die sogenannten Arbeitnehmer nur die Hälfte des lohnprozentualen Anteils tragen sollen, als ob die Selbständigerwerbenden nicht ebenfalls «Arbeit nehmen» würden. Die hier einmal mehr weitergeführte Ungleichbehandlung sogenannt unselbständig und sogenannt selbständig Erwerbender kann nicht unwidersprochen bleiben. Ich betrachte sie als sachlich nicht begründet. Die Gleichstellung der unselbständig und selbständig Erwerbenden würde allerdings dazu führen, dass alle Erwerbstätigen einen gleich hohen prozentualen Lohn- bzw. Einkommensbeitrag leisten müssten. Warum eigentlich nicht? Man kann hier einwenden, dass gerade der lineare prozentuale Lohnabzug, weil er keine Progression, kein Progressionselement enthält, sozial unbefriedigend sei. Dann bleibt aber eben konsequenterweise doch nur der Weg über die Finanzierung der Steuern, wie ich ihn einleitend aufgezeigt habe. Ich weiss, dass — so wie die Dinge heute gediehen sind — die Mehrheit dieses Rates nicht bereit ist, einer Umstellung des Finanzierungssystems in diesem Sinne zuzustimmen. Ich bedaure dies, namentlich aus sozialen Gründen, verbindet dieses Bedauern aber auch mit der Hoffnung, dass es nun endlich das letzte Mal ist, dass man sich bei der Finanzierung eines sozialpolitischen Vorhabens des Lohnprozentsystems bedient.

*Hier wird die Beratung abgebrochen
Ici, le débat est interrompu*

*Schluss der Sitzung um 19.05 Uhr
La séance est levée à 19 h 05*

Zweite Sitzung — Deuxième séance

Dienstag, 27. November 1973, Vormittag
Mardi 27 novembre 1973, matin

8.00 h

Vorsitz — Présidence: Herr Muheim

11 572. Bundesverfassung. Krankenversicherung. Bericht zum Volksbegehren Constitution fédérale. Assurance-maladie. Rapport sur l'initiative

Fortsetzung — Suite

Siehe Seite 1427 hiervor — Voir page 1427 ci-devant

Mme Nanchen: «L'assurance-maladie — écrivait dans son numéro du 17 mai dernier le *Journal des Associations patronales* — n'est nullement une question d'ordre social mais essentiellement un problème financier.» Cette volonté de réduire la question de l'assurance-maladie à son aspect purement technique est partagée par de nombreux milieux de notre pays, largement représentés d'ailleurs dans ce Parlement. La révision de l'assurance-maladie devient, de ce fait, une affaire de spécialistes qui, seuls, peuvent se retrouver dans le dédale des modèles en présence et à qui, espère-t-on, le peuple fera confiance les yeux fermés lorsque son tour viendra de se prononcer à ce sujet.

Certes, les connaissances très poussées des spécialistes sont nécessaires en ce qui concerne les modalités de réalisation de l'assurance-maladie. Mais l'option fondamentale, dans ce domaine, est à mon sens éminemment politique. A quels besoins, à quels intérêts, l'assurance-maladie doit-elle répondre? Aux besoins des assurés ou bien aux intérêts de diverses catégories sociales regroupées pour la circonstance: les médecins, les assureurs, les milieux patronaux.

Quels sont les besoins des assurés? Ils sont faciles à déterminer: une protection maximale contre les conséquences économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident, un système de cotisations supportable pour le budget familial, le libre choix du médecin et de la caisse-maladie. Ces besoins ont été clairement exprimés par les 600 000 signataires de la pétition du Concordat des caisses-maladie, par les 88 000 signataires de l'initiative du Parti socialiste, par des prises de position diverses, celle de Pro Familia par exemple. On m'objectera peut-être que les assurés sont représentés par leurs caisses-maladie, lesquelles ont adhéré au projet «Rencontre». Je pense, quant à moi, que ce modèle d'assurance est tout aussi étranger au besoin véritable des assurés qu'il est éloigné des aspirations des socialistes, et

Bundesverfassung. Krankenversicherung. Bericht zum Volksbegehren

Constitution fédérale. Assurance-maladie. Rapport sur l'initiative

In	Amtliches Bulletin der Bundesversammlung
Dans	Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale
In	Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale
Jahr	1973
Année	
Anno	
Band	IV
Volume	
Volume	
Session	Wintersession
Session	Session d'hiver
Sessione	Sessione invernale
Rat	Nationalrat
Conseil	Conseil national
Consiglio	Consiglio nazionale
Sitzung	01
Séance	
Seduta	
Geschäftsnummer	11572
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	26.11.1973 - 15:30
Date	
Data	
Seite	1427-1446
Page	
Pagina	
Ref. No	20 002 461

Dieses Dokument wurde digitalisiert durch den Dienst für das Amtliche Bulletin der Bundesversammlung.

Ce document a été numérisé par le Service du Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale.

Questo documento è stato digitalizzato dal Servizio del Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale.

der Wettbewerbssituation. Das fördert — wenn es geschieht — ganz zweifellos die Teuerung einmal mehr völlig unnötigerweise, jene Teuerung, die doch sonst als soziales Grundübel angeprangert wird. Dass man gleichwohl — ich weiss nicht, ob bequemlichkeitshalber, oder weil man die konjunkturkonforme Massnahme, die Finanzierung über die Steuern, nicht will — an der lohnprozentualen Teilfinanzierung festhält, halte ich für äusserst problematisch.

Der zweite Schönheitsfehler besteht darin, dass einmal mehr die sogenannten Arbeitnehmer nur die Hälfte des lohnprozentualen Anteils tragen sollen, als ob die Selbständigerwerbenden nicht ebenfalls «Arbeit nehmen» würden. Die hier einmal mehr weitergeführte Ungleichbehandlung sogenannt unselbständig und sogenannt selbständig Erwerbender kann nicht unwidersprochen bleiben. Ich betrachte sie als sachlich nicht begründet. Die Gleichstellung der unselbständig und selbständig Erwerbenden würde allerdings dazu führen, dass alle Erwerbstätigen einen gleich hohen prozentualen Lohn- bzw. Einkommensbeitrag leisten müssten. Warum eigentlich nicht? Man kann hier einwenden, dass gerade der lineare prozentuale Lohnabzug, weil er keine Progression, kein Progressionselement enthält, sozial unbefriedigend sei. Dann bleibt aber eben konsequenterweise doch nur der Weg über die Finanzierung der Steuern, wie ich ihn einleitend aufgezeigt habe. Ich weiss, dass — so wie die Dinge heute gediehen sind — die Mehrheit dieses Rates nicht bereit ist, einer Umstellung des Finanzierungssystems in diesem Sinne zuzustimmen. Ich bedaure dies, namentlich aus sozialen Gründen, verbindet dieses Bedauern aber auch mit der Hoffnung, dass es nun endlich das letzte Mal ist, dass man sich bei der Finanzierung eines sozialpolitischen Vorhabens des Lohnprozentsystems bedient.

*Hier wird die Beratung abgebrochen
Ici, le débat est interrompu*

*Schluss der Sitzung um 19.05 Uhr
La séance est levée à 19 h 05*

Zweite Sitzung — Deuxième séance

Dienstag, 27. November 1973, Vormittag
Mardi 27 novembre 1973, matin

8.00 h

Vorsitz — Présidence: Herr Muheim

11 572. Bundesverfassung. Krankenversicherung. Bericht zum Volksbegehren Constitution fédérale. Assurance-maladie. Rapport sur l'initiative

Fortsetzung — Suite

Siehe Seite 1427 hiervor — Voir page 1427 ci-devant

Mme Nanchen: «L'assurance-maladie — écrivait dans son numéro du 17 mai dernier le *Journal des Associations patronales* — n'est nullement une question d'ordre social mais essentiellement un problème financier.» Cette volonté de réduire la question de l'assurance-maladie à son aspect purement technique est partagée par de nombreux milieux de notre pays, largement représentés d'ailleurs dans ce Parlement. La révision de l'assurance-maladie devient, de ce fait, une affaire de spécialistes qui, seuls, peuvent se retrouver dans le dédale des modèles en présence et à qui, espère-t-on, le peuple fera confiance les yeux fermés lorsque son tour viendra de se prononcer à ce sujet.

Certes, les connaissances très poussées des spécialistes sont nécessaires en ce qui concerne les modalités de réalisation de l'assurance-maladie. Mais l'option fondamentale, dans ce domaine, est à mon sens éminemment politique. A quels besoins, à quels intérêts, l'assurance-maladie doit-elle répondre? Aux besoins des assurés ou bien aux intérêts de diverses catégories sociales regroupées pour la circonstance: les médecins, les assureurs, les milieux patronaux.

Quels sont les besoins des assurés? Ils sont faciles à déterminer: une protection maximale contre les conséquences économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident, un système de cotisations supportable pour le budget familial, le libre choix du médecin et de la caisse-maladie. Ces besoins ont été clairement exprimés par les 600 000 signataires de la pétition du Concordat des caisses-maladie, par les 88 000 signataires de l'initiative du Parti socialiste, par des prises de position diverses, celle de Pro Familia par exemple. On m'objectera peut-être que les assurés sont représentés par leurs caisses-maladie, lesquelles ont adhéré au projet «Rencontre». Je pense, quant à moi, que ce modèle d'assurance est tout aussi étranger au besoin véritable des assurés qu'il est éloigné des aspirations des socialistes, et

ceci en dépit de la présence parmi les auteurs du texte «Rencontre» du socialiste Edmund Wyss.

Quels sont les intérêts particuliers en présence dans l'assurance-maladie? Il faut noter d'abord que ces intérêts ne sont jamais avoués comme tels. Tout le monde affirme avoir en vue les intérêts supérieurs des assurés que l'on prétend d'ailleurs mieux connaître que les intéressés eux-mêmes. En fait, les médecins craignent de voir la liberté de leur profession compromise par l'initiative du Parti socialiste. Mais de quelle liberté s'agit-il? La liberté pour le patient de choisir son médecin et la liberté de traitement par le médecin sont garanties par le contre-projet du Conseil fédéral. Par ailleurs, les auteurs de l'initiative ont toujours affirmé qu'ils reconnaissent ces droits. Ce que les médecins redoutent en fait, c'est de ne plus disposer de la même liberté d'établir leurs factures. Le message du Conseil fédéral dit en effet ceci à la page 36 de la version française: «Bien entendu, cette garantie — il s'agit de la garantie de la liberté médicale — ne peut être accordée que pour les libertés conciliables avec le droit des assurances sociales. Ainsi, par exemple, on ne pourrait garantir aucune liberté dans le domaine des honoraires, car la réglementation tarifaire et les limitations qui lui sont liées sont le fondement de toute couverture des frais médico-pharmaceutiques par l'assurance.» C'est cette même crainte de perdre leur liberté en matière d'honoraires qui a poussé les dentistes à s'engager dans la bagarre. Quant aux caisses-maladie, elles redoutent que la perception centralisée des cotisations selon le système de l'AVS, qui serait introduite par l'initiative et partiellement par le contre-projet du Conseil fédéral, limite sérieusement leur autonomie financière. Elles craignent également, avec le contre-projet du Conseil fédéral, de voir le secteur «gros risques» de l'assurance-maladie échapper totalement à leur gestion. Il faut dire enfin qu'elles ont besoin de s'assurer un financement plus adéquat que ce n'est le cas actuellement.

Les milieux patronaux redoutent qu'une partie importante des cotisations soit mise à la charge des employeurs. S'ils admettent, du bout des lèvres, l'obligation pour l'employeur de payer une contribution à l'assurance-maladie, c'est seulement — je cite le *Journal des Associations patronales* — «à la condition que l'on insère dans la constitution des dispositions qui délimitent le mode de financement de manière objective et claire. En effet, on ne saurait indéfiniment accroître les charges qui pèsent sur l'économie.» La fixation d'un plafond aux cotisations obligatoires, 2 pour cent selon le Conseil des Etats, 3 pour cent selon la majorité de la commission du Conseil national, répond bien, on le voit ici, aux exigences des milieux patronaux.

En présence de ces besoins et de ces intérêts contradictoires, la question se pose de savoir quelle assurance-maladie on veut. Ou une assurance ayant la double fonction suivante, définie notamment par les experts du BIT: premièrement, la protection contre les risques de la maladie; deuxièmement, la redistribution verticale et horizontale des revenus. Ou bien, un compromis boiteux destiné, d'une part, à ménager les profits des médecins, des dentistes, du patronat, des assureurs non reconnus par la LAMA qui veulent continuer à avoir leur part du gâteau que constitue la maladie, et visant, d'autre part, à garantir aux caisses-maladie les mêmes conditions de fonctionnement qu'aujourd'hui. Ces caisses-maladie qui, disons-le bien, n'ont pas toutes accepté de gaieté de

cœur le projet «Rencontre» assez peu conforme, somme toute, à l'idéal qu'elles défendent.

En ce qui me concerne, ma position est claire. Je me range du côté des assurés et, à ce titre, je ne peux que soutenir l'initiative du Parti socialiste. Les raisons pour lesquelles la solution préconisée par cette initiative se présente incontestablement comme la plus favorable aux assurés ont été suffisamment exposées à cette tribune par nos collègues Wüthrich et Forel. Je voudrais simplement illustrer leurs propos par quelques données chiffrées relatives au financement de l'assurance-maladie, que j'extrai d'un document remis par l'Office fédéral des assurances sociales aux membres de la commission. D'après les calculs effectués par cet office, les dépenses annuelles globales entraînées par l'assurance-maladie seront pratiquement les mêmes, quel que soit le modèle choisi, qu'il s'agisse du «modèle de Flims», de l'initiative du Parti socialiste, du contre-projet du Conseil fédéral ou de la décision du Conseil des Etats. Elles se chiffreront à un peu plus ou un peu moins de 7 milliards. Le problème qui se pose, c'est celui de la répartition des frais entre assurés, employeurs et pouvoirs publics. Le tableau 5 de ce document (pour ceux qui sont en sa possession) montre qu'avec l'initiative du Parti socialiste, la part globale des assurés serait de 3,4 milliards, celle des employeurs de 2,6 milliards; la part des pouvoirs publics, qui reste la même pour les différents modèles, serait d'un peu plus d'un milliard. Avec le modèle du Conseil des Etats, la part des assurés serait de 4,5 milliards et celle des employeurs seulement de 1,3 milliard. Les chiffres relatifs au projet du Conseil fédéral se situent à mi-chemin des deux précédents. On constate donc que c'est l'initiative du Parti socialiste qui fait peser la charge la moins lourde sur les épaules des assurés, alors que le texte du Conseil des Etats vise, au contraire, à décharger au maximum le patronat.

Le tableau 8 présente la charge individuelle par assuré selon les différents modèles. Si l'on prend en considération le texte du Conseil des Etats, l'assurance-maladie coûterait à une personne seule, disposant d'un revenu annuel de 40 000 francs, les 2,9 pour cent de ce revenu; pour une personne mariée ayant deux enfants et gagnant 15 000 francs, cette charge serait de 8 pour cent. Avec l'initiative du Parti socialiste, la charge entraînée par l'assurance-maladie représenterait dans les deux cas la même proportion du revenu, soit 3,2 pour cent. Cela parce que, dans ce dernier cas, les riches paieront partiellement pour les pauvres, les personnes seules pour les chefs de famille.

Les milieux bourgeois opposent à l'initiative deux arguments principaux. L'initiative compromettrait la responsabilité individuelle et favoriserait la surconsommation médicale. Je me permettrai quelques remarques au sujet de ces deux arguments.

D'après les détracteurs de l'initiative, une assurance-maladie généralisée porterait atteinte à la responsabilité individuelle. L'individu se trouverait pris en charge par la collectivité et plongé de ce fait dans un état de dépendance passive. Il serait certes louable de s'efforcer de promouvoir le sens des responsabilités dans la population. Mais je doute que ce soit là la véritable intention des détracteurs de l'initiative. Car si l'on s'attache à la notion de responsabilité en tant que valeur, on devrait considérer que la responsabilité solidaire, telle qu'elle s'exerce par exemple dans le cadre d'une mutualité, est nettement supérieure à l'attitude égoïste de celui qui ne

compte que sur lui-même et ignore les besoins d'autrui. Par ailleurs, un des moyens les plus efficaces de rendre les gens responsables dans leur vie sociale n'est-il pas de leur permettre de participer à la gestion de leur travail? Or il se trouve, comme par hasard, que les chantres de la responsabilité individuelle en matière d'assurance-maladie se recrutent précisément dans les milieux qui s'opposent farouchement à la cogestion des travailleurs dans les entreprises. En fait, ceux qui utilisent contre l'initiative l'argument de la responsabilité individuelle se préoccupent fort peu des responsabilités réelles que notre société permet aux gens d'assumer. Le terme qu'ils emploient est un slogan destiné à masquer leur véritable propos. Sous couvert d'élargir la responsabilité des assurés, ils veulent dissuader ces derniers de consommer «trop» de prestations médico-pharmaceutiques, de faire ce qu'ils appellent de la surconsommation médicale.

La surconsommation médicale, voilà le grand péché des assurés. C'est sur leur dos que l'on fait reposer presque tout le poids de l'explosion des frais médicaux et pharmaceutiques. Mais, au juste, que signifie le terme de «surconsommation médicale»? On pourrait le définir comme le recours excessif à des moyens médicaux et pharmaceutiques. Mais par rapport à quoi y a-t-il excès? Y a-t-il excès par rapport aux besoins des assurés? Si, pour se maintenir en santé, les assurés ressentent la nécessité de certaines prestations médicales et pharmaceutiques, qui peut juger du bien-fondé de ces besoins? Certains individus supportent les maux de tête et les insomnies stoïquement, sans recourir à des médicaments. D'autres, pour pouvoir être efficaces à leur travail, ont besoin de prendre des aspirines et des somnifères. Les premiers font-ils de la sous-consommation médicale? Les autres font-ils de la surconsommation? Les besoins en matière de santé sont, comme tous les besoins, éminemment subjectifs.

Y a-t-il excès par rapport à la situation passée? Il est clair qu'on recourt davantage au médecin aujourd'hui qu'il y a quelques générations. Les causes de cet état de fait résident probablement dans les changements sociaux et économiques dus à l'industrialisation: urbanisation, éclatement de la famille et disparition de ses rôles traditionnels, conditions de travail et de logement, «crise de civilisation». Il faut ajouter que la prospérité générale (ou quasi générale) a donné aux gens le loisir de se préoccuper de leur santé. Quand le souci majeur n'est plus de ne pas mourir on peut chercher les moyens de vivre mieux.

Il est vrai que beaucoup de gens sont malades, c'est une réalité. Il vaudrait peut-être mieux humainement et économiquement s'attaquer aux véritables causes de la maladie et créer dans notre société les conditions globales nécessaires à la santé. Mais tel n'est pas ici notre propos. Le problème est qu'aujourd'hui les gens, je dirai toujours plus de gens, ont besoin de prestations médico-pharmaceutiques. C'est probablement là que le bât blesse. Ce que l'on redoute, c'est que les couches modestes de la population accèdent aux mêmes possibilités de soins que les privilégiés. La surconsommation — cela se lit entre les lignes des discours des détracteurs de l'assurance-maladie généralisée — la surconsommation sera le fait des classes inférieures, de celles précisément qui ne sont pas toujours protégées suffisamment contre la maladie. Il existe en effet dans certains secteurs une sous-consommation médicale pour des raisons économiques, par exemple dans le secteur dentaire. Une enquête

minutieuse menée il y a quelques années par deux économistes, MM. Gygi et Tschopp, sur mandat des médecins genevois, a montré par l'analyse des comptes des caisses d'assurance que, pour l'ensemble des assurés, la consommation médicale était plus forte dans les milieux aisés.

En conclusion, je dirai que les deux arguments avancés par la bourgeoisie pour réfuter l'initiative du Parti socialiste, celui de la responsabilité et celui de la surconsommation, ne résistent pas à l'analyse. Que les médecins, les dentistes, les assureurs défendent leurs intérêts, quoi de plus naturel? Mais qu'ils disent les choses clairement, sans aucun fard. Le débat n'en sera que plus ouvert et chacun, dans l'opinion publique, saura mieux de quel côté se ranger.

Brosi: Ich möchte mich zu drei grundsätzlichen Fragen im Zusammenhang mit dieser Verfassungsrevision der Krankenversicherung äussern.

Erstens einmal zum Problem der ausreichenden medizinischen Versorgung der gesamten Bevölkerung. Ich denke dabei insbesondere an die Schwierigkeiten in den dünnbesiedelten Gebirgsgegenden. Es ist klar, dass die dünne Besiedelung und die schwierigen Wegverhältnisse dazu führen müssen, dass die medizinische Versorgung in solchen Gegenden nur schwer zu gewährleisten ist. Ich glaube, wir dürfen also bei aller begründeten Klage über die Kostenexplosion und über einen Ueberkonsum an medizinischen Leistungen doch das Problem eines Unterkonsums, einer fehlenden oder nur ungenügenden medizinischen Versorgung nicht übersehen. Ich freue mich, dass an zwei Stellen des neuen Entwurfes für einen Verfassungsartikel über die Krankenversicherung zum Ausdruck kommt, dass die Leistungen der Krankenversicherung zugunsten der gesamten Bevölkerung zu verwenden seien. So in Absatz 2 Buchstabe a des Entwurfes, der bestimmt, dass die Zusatzfinanzierung über Lohnprozente in diesem Sinne zu verwenden sei. Auch in Absatz 4 ist festgelegt, dass der Bund die Bestrebungen unterstützen soll, eine ausreichende medizinische Versorgung für die ganze Bevölkerung zu gewährleisten.

Nach dem geltenden Gesetz versuchte der Bund, diesen erschwerten Bedingungen in den Gebirgsgegenden mit der Ausrichtung von Bergzuschlägen zu seinen allgemeinen Beiträgen an die Krankenversicherung gerecht zu werden. Einzelne Gebirgskantone haben versucht, mit dem Mittel der Wartgeldverträge diesem Problem gerecht zu werden. Unsere Erfahrungen haben aber gezeigt, dass auf diesem Weg wohl kaum das Ziel erreicht werden kann. Wir glauben, dass für die Zukunft der Gedanke des Arzthauses mit den zweckdienlichen Behandlungsräumen wohl einen besseren Dienst leisten könnte als beispielsweise das Mittel des Wartgeldvertrages. Ich möchte im Blick auf die kommende Gesetzgebung vor allem auf diesen Punkt hingewiesen haben.

Ein zweites: Zum Problem der Heilanstalten. Der Ständerat hatte sich vom Modell der Grossrisikoversicherung gelöst, und nun steigt bei mir ein gewisses Bedenken auf, weil in den Kommissionsberatungen wiederholt davon die Rede war, man könnte anstelle dieser Grossrisikoversicherung durch Betriebsbeiträge, oder es ist sogar die Rede von Baubeiträgen an die Heilanstalten gewesen, die Lösung finden. Ich frage mich, ob es sinnvoll ist, eine solche Umfinanzierung vorzunehmen; bisher haben doch eigentlich bei den öffentlichen

Spitälern die Kantone mit Mitteln aus den Steuergeldern die Betriebsbeiträge geleistet. Wenn wir nun eine solche Umfinanzierung vornehmen und vom Steuerweg umdisponieren auf die Lohnprozente, so habe ich Zweifel, ob wir hier den richtigen Weg beschreiten. Sicher ist beim System der Lohnprozente eine ganz erfreuliche soziale Komponente inbegriffen; aber wir sind uns bewusst, dass mit den Lohnprozenten zweifellos noch kein so feines Instrument gefunden worden ist, wie das beim Steuersystem der Fall ist.

Ich habe auch grundsätzliche Zweifel, ob wir mit solchen Betriebsbeiträgen an die Spitäler überhaupt noch im Rahmen der eigentlichen Krankenversicherung liegen. Ich wäre Herrn Bundesrat Tschudi dankbar, wenn er uns zu diesem Problem noch seine Meinung bekanntgeben würde, damit hier nicht irrtümliche Auffassungen bestehen.

Zum dritten Punkt: Es liegt mir sehr daran, dass auch bei der neuen Ordnung der Grundsatz des Kopfbeitrages oder der Individualprämie hochgehalten wird. Wir wollen zwar gerne zugeben, dass das bisherige System wirklich in Hinsicht auf die soziale Komponente sehr, und zwar zu Recht, der Kritik unterworfen worden ist. Auch die Solidaritätskomponente war recht schwach ausgebildet, und es ist in dieser Hinsicht eine Korrektur notwendig. Ich glaube nun aber, dass die sozialdemokratische Initiative hier zu weit geht. Sie ersetzt praktisch vollständig die Individualprämie durch die Lohnprozente und stellt daneben auf einen Beitrag des Staates ab, der über den Steuerweg zu finanzieren ist. Damit fehlt nun aber ein wichtiger Bereich, der einfach für die Zukunft für die Neuorganisation der Krankenversicherung von grosser Bedeutung sein wird. Wir haben sicher alles Interesse daran, dass das Mitglied der Krankenkasse noch irgendeinen freien Bereich hat, wo es mitgestalten und mitverwalten kann. Wenn wir nur noch den Steuerweg und die Lohnprozente zur Anwendung bringen, dann fehlt dieser Bereich. Wir müssen uns bewusst sein, dass die Verhältnisse in unserem Land sehr verschieden sind. Es gibt — wie ich eingangs erwähnte — ländliche Gegenden, wo man noch mit sehr bescheidenen Kopfbeiträgen auskommen kann und trotzdem eine leistungsfähige Krankenversicherung zustande bringt. Ich gebe zu, in städtischen Verhältnissen wird das anders sein; aber am Grundsätzlichen lässt sich nichts diskutieren. Wir haben also, wie gesagt, ein Interesse daran, dass der Versicherte in einem gewissen Bereich innerhalb seiner Krankenkasse mit der Ansetzung der Höhe der Individualprämie noch mitgestalten und mitverwalten kann, also seine Selbstverantwortung zum Ausdruck bringen kann. Dieser Gedanke der Selbstverwaltung sollte in einem neuen Krankenversicherungssystem niemals aufgegeben werden.

In diesem Sinne empfehle ich Ihnen, die sozialdemokratische Initiative abzulehnen und auf den Gegenvorschlag, wie er aus den Kommissionsberatungen hervorgegangen ist, einzutreten.

M. Villard: Les jours se suivent et ne se ressemblent pas ou pas toujours. Dans le cas de l'assurance-maladie, les modèles se sont ajoutés aux modèles et, pour le citoyen — comme l'a si bien dit Mme Nanchen — le problème n'y a en tout cas pas gagné en clarté!

Les documents reçus peuvent se peser en kilos et je voudrais rappeler ici une remarque tout à fait juste de parlementaires réunis dernièrement en Suisse et qui disaient: «Si les jours avaient 48 heures, nous n'arriverions

même pas à maîtriser les problèmes qui nous sont posés dans la complexité actuelle.»

Que cette matière soit complexe, nul n'en doute, mais il est vrai qu'on s'est ingénié à la compliquer encore; et ce que je regrette particulièrement (pour avoir pas mal de contacts avec certains d'entre eux), c'est que bon nombre des intéressés principaux, dans l'immédiat, c'est-à-dire les malades eux-mêmes, ne s'y retrouvent plus toujours.

La révision de la LAMA en 1964 a apporté quelques progrès indéniables, que j'ai pu remarquer personnellement aussi, pour certaines catégories de malades, notamment ceux qui sont atteints par un mal de longue durée. Si l'on a pu noter ces progrès évidents et réjouissants (et nous savons tous que, par là, on a pu sauver quelques centaines et même quelques milliers de familles d'une ruine certaine!), d'autre part, il a fallu constater aussi l'accroissement énorme des difficultés du côté des caisses-maladie et aussi des pouvoirs publics. Cette réforme de 1964 n'a pas dissipé l'inquiétude qui règne encore aujourd'hui dans le milieu populaire de par les lourdes charges que représentent parfois les primes, par comparaison à des prestations encore insuffisantes, et aussi à cause d'injustices notoires comme, par exemple, le fait que des malades de milieu modeste soient obligés de recourir à certains spécialistes qui les envoient dans des cliniques privées ou dans des établissements hospitaliers n'appartenant pas à l'organisation des hôpitaux cantonaux ou de district, ce qui oblige ces patients, sévèrement atteints pour la plupart dans leur santé, à payer la différence entre les frais de traitement en salle commune et dans lesdites cliniques.

Je ne veux pas revenir sur un certain nombre de difficultés qui, à mon sens, sont le fait d'une sorte de «technocratisation» du problème — Mme Nanchen l'a souligné à souhait — mais je voudrais dire encore qu'au moment où nous vivons des heures assez graves et où le marasme pourrait s'accroître, il me semble inconvenable qu'on puisse hésiter à empoigner véritablement le problème pour y apporter une solution digne d'un pays sur le drapeau duquel s'inscrivait autrefois la belle devise des citoyens solidaires: «Un pour tous, tous pour un.» Il serait temps de parvenir chez nous à réaliser le droit aux soins et à la santé tel qu'il figure dans la Déclaration des droits de l'homme.

Le débat, certes, est nécessaire et il faut surtout que chacun se situe. Quant à nous, nous sommes décidés à lutter pour les justes postulats de notre initiative qui assure une sécurité complète. Un philosophe disait: «Comment comprendre dans la première heure de la digestion qu'on puisse quelque part mourir de faim?» Et, par analogie, un député avait dit dans un conseil auquel j'appartenais: «Pour la maladie, l'état de santé, c'est un peu pareil; nous manquons souvent de la force d'imagination nécessaire, surtout dans le cas de nos concitoyens qui, parfois, n'ont rencontré le médecin que pour une partie de jass.» Comment comprendre lorsqu'on n'a pas été confronté directement avec le problème, lorsqu'on a été en bonne santé toute sa vie et qu'aucun membre de sa famille n'a été véritablement atteint que, pour d'autres peut-être moins favorisés, la situation est bien différente malgré les progrès indéniables réalisés, et qu'il faut trouver enfin aujourd'hui une solution sérieuse et non une solution à la petite semaine.

La question de fond est celle d'une Suisse plus juste, plus fraternelle et je rappelle que chacun peut être

frappé un jour ou l'autre. Une vraie solidarité à l'échelle du pays, c'est la sécurité par la solidarité, telle que la propose notre initiative. Il faudrait avoir le courage de reconnaître que les solutions à la petite semaine ne conviennent pas, même celles proposées par l'Alliance! Et je ne parlerai pas, à son propos, imitant le fabuliste, d'un «bloc enfariné qui ne me dit rien qui vaille»! Je ne nie pas les bonnes intentions des participants à cet effort, mais seule notre initiative peut procurer une véritable sécurité aux assurés eux-mêmes. Je ne reviens pas, malgré l'attrait qu'ils exercent, sur les chiffres, puisque Mme Nanchen vient d'en citer un certain nombre; mais je réaffirme que je considère cette question comme un test de première importance pour une démocratie vivante qui devrait être capable de trouver et de mettre en œuvre les solutions qui renforcent la paix sociale et assurent la sécurité du pays... Même au Département militaire, on parle aujourd'hui du problème de sécurité au lieu d'insister, comme on l'a fait lourdement autrefois, sur les mots de «défense totale», usant d'un contexte fort déplaisant pour une partie de la population!...

Face à ce problème de sécurité qui est un large problème qui nous concerne tous, il faut que ceux qui en parlent sachent prendre leurs responsabilités. Nous voulons prendre les nôtres dans la lutte pour nos postulats raisonnables et justifiés. Je ne reviens pas sur les détails, comme par exemple la question des frais dentaires, dont l'importance a été soulignée. La sous-consommation médicale dans ce domaine, dont on a aussi parlé, est bien réelle dans certains milieux. Je pourrais en donner maints exemples qui confinent vraiment au tragique pour certaines familles modestes.

On nous fait le reproche d'étatisation. Las!... C'est toujours la même rengaine! On a beaucoup parlé pendant un certain temps de gros risques!... Mais, pour certains, il nous faut bien comprendre que le véritable gros risque, tel qu'ils l'envisagent, c'est la généralisation, le caractère obligatoire, qui seul peut assurer la véritable sécurité par la solidarité! C'est pourquoi j'opte pour un clair oui à notre initiative; je souhaite — je l'affirme ici parce que, dans la presse, ce que je dis n'a pas beaucoup d'écho et est souvent déformé — j'espère qu'il sera possible de mener en faveur de ces postulats qui répondent à une nécessité plus urgente que jamais une lutte comme celle que nous avons menée lors de l'introduction de l'AVS. Et de mener à chef cette grande œuvre de solidarité sans nous laisser intimider, sans tomber aussi de notre part dans des excès de centralisation! C'est une lutte très importante qu'il est de notre devoir de mener. Un système de sécurité par la solidarité de tous instaure une Suisse plus sûre de son avenir. Mais il faut que tous comprennent la gravité de l'heure et consentent à participer: malades, bien-portants, jeunes et personnes âgées (qui sont spécialement concernées) et surtout que les gens aisés comprennent mieux les soucis des gens de condition modeste. C'est dans ce sens que vont les propositions de notre initiative. Elle ne veut pas de bricolage, d'emplâtre sur une jambe de bois!... Elle contribuera, si elle est acceptée, à sauver le pays d'une sorte de marasme. Dans de telles situations, il faut avoir le courage d'opter pour les solutions claires, aussi hardies puissent-elles encore paraître à d'aucuns. Il faut prendre nos responsabilités très au sérieux dans la situation politique présente, plus que jamais. Il faudrait, par exemple, que le gouvernement prenne ses responsabilités avant que le sang ne coule dans le Jura. Il faudrait aussi

qu'un système de sécurité sociale complète vienne renforcer véritablement une politique générale de sécurité moderne.

Il y a moyen d'agir pour que la situation ne se détériore pas davantage dans le pays du fait de l'existence de courants extrêmes qui se renforcent de jour en jour, que ce soit à droite ou à gauche; ces forces, il est vrai, n'ont pas encore délibérément concerté leur action, mais elles pourraient le faire un jour et réserver de désagréables surprises. Toutefois, elles n'y parviendront pas si nous savons travailler, comme il le faut, à réaliser une politique de sécurité sociale claire, compréhensible pour chacun, dans le cas particulier, si nous savons sortir de la «guerre des papiers», des modèles, et mettre sur pied une politique de la santé publique digne de ce nom, un système de sécurité médico-social basé sur la solidarité réelle. C'est ce que propose notre initiative et je vous prie de l'appuyer. Je vous remercie de votre attention.

Müller-Bern: Auch wenn sich die besten Geister bemüht haben, eine Lösung der Krankenversicherung zu finden, und sich die Vorschläge multipliziert haben, so ist die Lage heute — ich glaube, das müssen wir uns eingestehen — nach wie vor sehr verworren. Im Grunde genommen hat sich die Krankenversicherung seit der Verwerfung der Lex Forrer im Jahre 1900 nicht mehr erholt. Damals, vor 73 Jahren, wurden die Weichen falsch gestellt, und wir müssen nun versuchen, die ganze Geschichte wieder auf das richtige Geleise zu bringen.

Ich glaube, man darf anerkennen, dass praktisch jeder, der in dieser Eintretensdebatte gesprochen hat, für eine Revision der Krankenversicherung eintrat. Die Meinung, die noch vor wenigen Jahren vorhanden war, dass eine grundsätzliche Ueberprüfung unseres Systems der Krankenversicherung nicht notwendig sei, ist heute, wenigstens offiziell, nicht mehr vorhanden. Ich möchte vor allem auch Herrn Kollega Egli danken, der gesagt hat, ein «Unfall» dürfe nicht mehr passieren, d. h. wir müssten eine akzeptable Lösung finden und wenn immer möglich verhindern, dass in der Volksabstimmung alles bachab geht, so dass wir vor einem Scherbenhaufen stünden.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit meinem Bedauern darüber Ausdruck geben, dass der Bundesrat seine Absichten, die er im Jahre 1972 in Beantwortung meiner Motion zur Krankenversicherung geäußert hat, nicht weiterverfolgt hat. Damals hat Herr Bundesrat Tschudi erklärt, der Bundesrat beabsichtige, gleichzeitig mit der Berichterstattung zum Volksbegehren den eidgenössischen Räten eine Gesetzesvorlage aufgrund der geltenden Verfassungsbestimmung, die ja so schlecht nicht ist, zu unterbreiten. Man hätte viel Zeit gewonnen, und vielleicht wären auch die Auseinandersetzungen weniger hartnäckig und scharf gewesen, als das jetzt vor allem im Vorstadium der Beratungen der Fall war, wenn der Bundesrat im Sinne dieser Antwort gehandelt hätte; denn ein Gesetz kann man viel leichter ändern als eine Verfassungsbestimmung, auch wenn es am Anfang nicht allen Teilen passt und nicht jedermann befriedigt.

Nach der Diskussion kann man sich nun fragen: Wo liegt in erster Linie das Problem, bei den Versicherten, den Patienten oder den Finanzen? Man könnte meinen, einzig und allein die Finanzen ständen im Vordergrund. Wir sind sicher alle der Meinung, dass die Kostenexplosion vor allem bei der Krankenpflege, und hier speziell bei der Spitalpflege, möglichst gebremst werden sollte. Ob aber die richtige Bremse, wie es in einer Erklärung

der Fraktion des Landesrings heisst, die Limitierung auf 2 Lohnprozente ist, ist fraglich. Der Landesring hat erklärt, die Ausgabenschleuse müsse mit dieser Limitierung eingedämmt werden. Wer kann in erster Linie die «surconsommation médicale», die übermässige Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, steuern? Ist es der Versicherte, der Patient, oder sind es nicht vielmehr die Aerzte, die hier einen sehr wertvollen Beitrag leisten können? Wir haben gemäss den Beschlüssen der Mehrheit der nationalrätlichen Kommission, die zwar etwas besser sind als die Beschlüsse des Ständerates, aber nach unserer Meinung in keiner Weise befriedigend, ein Beitragsobligatorium — das entspricht der These der sogenannten Allianz —, aber kein Versicherungsobligatorium. Diese Lösung erscheint mir irgendwie als ein Bankert, ein Zwitter, eine eigentliche «Promenadenmischung». Ich glaube, die Krankenkassen täuschen sich, wenn sie annehmen, mit einer solchen Lösung werde sich der Versicherungsgrad erhöhen. Die nationalrätliche Kommission hat mehrheitlich beschlossen, Lohnprozente im Ausmass von 3 Prozent zu erheben. Es muss also jedermann obligatorisch 3 Prozent vom Einkommen zahlen. Ferner hat die nationalrätliche Kommission beschlossen, den Verwendungszweck dieser Lohnprozente über das hinaus auszudehnen, was der Ständerat vorschlägt oder was der Bundesrat vorgeschlagen hatte. Niemand hat aber bis jetzt deutlich erklärt, was jemand erhalten soll, der zwar 3 Prozent obligatorisch zahlen muss, jedoch nicht versichert ist. Man muss sich ja nicht versichern lassen. Ich glaube, es ist unmöglich, einfach 3 Prozent einzuziehen und nachher dafür keine Leistungen zu gewähren, auch wenn jemand nicht einer Krankenkasse angehört. Hier täuschen sich meines Erachtens die Krankenkassen in bezug auf die Entwicklung des Versicherungsgrades. Es dürfte einige Leute, wahrscheinlich sogar zahlreiche Leute, geben, die sich sagen werden: Wir zahlen 3 Prozent unseres Einkommens und bekommen dafür irgendwelche Leistungen, die im Gesetz noch festzulegen sind; das genügt uns, wir versichern uns nicht mehr weiter, weil uns die übrigen Individualbeiträge zu hoch erscheinen.

Auch in einem Artikel in der heutigen Ausgabe des «Bund» wird vor einer allzu grossen Einkommensbelastung durch Sozialleistungen gewarnt. Ja, man bremst diese Einkommensbelastung mit dem System, das von der Mehrheit der Kommission vorgeschlagen wird. Ich mache immerhin darauf aufmerksam, dass bei diesem System heute und auch in Zukunft ein Familienvater zehn und mehr Prozent Beiträge bezahlen wird. Wir haben mit unserer Initiative und mit unserer Art der Finanzierung den Versuch unternommen, diese Belastung des einzelnen, vor allem der kleinen und mittleren Einkommen und der Familienväter, wesentlich zu reduzieren.

Man kann sich darüber streiten, was realisierbar ist. Ich möchte hier doch auf einen Punkt hinweisen. Im Herbst 1972 ist vom Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen mit 600 615 Unterschriften im unserem Lande die erfolgreichste Petition aller Zeiten eingereicht worden. Unzählige freiwillige Helfer haben sich bemüht, die Unterschriften zusammenzutragen. Welches sind die Hauptgrundsätze? Erstens: solidarischer Versicherungsschutz für alle. Ich zitiere aus der Petition: «Nach dem Vorbild der AHV ist die gesamte Bevölkerung in die Versicherung einzubeziehen und zu schützen.» Der zweite wichtige Grundsatz in dieser Petition: für jedermann tragbare persönliche Beiträge und Kostenbetei-

gung in der Krankenpflegeversicherung. Auch wenn die Petition in Details von unserer Initiative abweicht, so entsprechen diese Grundsätze, die über 600 000 urteilsfähige Bürger unterschrieben haben, doch weitgehend den Zielen unserer Initiative. Man kann sich deshalb durchaus die Frage stellen, ob unsere Initiative, die nach wie vor besser ist als alles, was bisher an Gegenprojekten produziert wurde, beim Volk nicht eine sehr grosse Chance hätte, nachdem sich für diese Grundsätze — wie gesagt — über 600 000 Bürger eingesetzt haben.

Wenn man davon spricht, dass man die Ausgaben bremsen sollte, so möchte ich doch zu bedenken geben, dass wahrscheinlich die lohnprozentuale Finanzierung eine bessere Ausgabenbremse ist als eine Finanzierung, welche durch Individualprämien erfolgt. Wenn nämlich eine Kasse nach der anderen ihre Individualprämien erhöht, gibt es im Schweizerland keinen massiven Sturm. Aber wenn wegen der steigenden Ausgaben Lohnprozente für die ganze Bevölkerung erhöht werden müssten, wäre die Reaktion ganz anders. Ich bin persönlich der Auffassung, dass Lohnprozente viel schwieriger zu ändern sind als Individualprämien und deshalb eine viel bessere Ausgabenbremse darstellen.

Ich hoffe, dass aus den Beratungen ein Vorschlag hervorgeht, zu dem wir stehen können und der wirklich einen Fortschritt realisiert, eine umfassende Versicherung für die ganze Bevölkerung bringt, und zwar zu tragbaren Prämien; tragbar auch für Familienväter und für die kleinen Einkommen.

Im Oktober 1972 hat Bundesrat Tschudi an einer internationalen Tagung erklärt: «Zu meinem Bedauern kann ich unseren ausländischen Gästen die schweizerische Krankenversicherung nicht als Muster und Beispiel empfehlen.» Ich hoffe sehr, dass am Schluss dieser Verhandlungen und der Beratungen im Parlament ein Resultat erreicht und auch vom Volk angenommen wird, das einen Nachfolger von Bundesrat Tschudi nicht mehr zu ähnlichen Erklärungen an internationalen Kongressen veranlassen muss.

Trottmann, Berichterstatter: Die Diskussion um das Eintreten auf den Verfassungsartikel zur Neuordnung der Krankenversicherung hat die beiden Hauptprobleme gezeigt: Es geht um das Obligatorium der Krankenversicherung und darum, dass die Finanzierung gelöst wird. Das sind Fragen, auf die wir in der Detailberatung ja ohnehin zurückkommen. Deshalb glaube ich, dass es von seiten der Kommissionsreferenten nicht nötig ist, auf die einzelnen Voten einzugehen, da Herr Bundesrat Tschudi ohnehin dazu Stellung nehmen wird.

Bundesrat Tschudi: Die ausgedehnte Eintretensdebatte hat erneut die grosse soziale Bedeutung der Krankenversicherung gezeigt. Ich danke den Votanten für ihr Interesse an einer sachgerechten und menschlich befriedigenden Lösung. Besonderen Dank schulde ich den Kommissionsreferenten, Herrn Nationalrat Martin, Präsident Ihrer Kommission, und Herrn Nationalrat Trottmann. Da Eintreten auf die Vorlage unbestritten ist, werden Sie mich gerne davon entbinden, auf die einzelnen Voten einzugehen. Alle wichtigen Vorschläge werden in der Detailberatung zur Behandlung stehen, so dass ich dann Gelegenheit haben werde, die Stellungnahme des Bundesrates zu erläutern; so auch zum Beispiel zur Frage von Herrn Nationalrat Egli betreffend den Tarifschutz.

In der Eintretensdebatte möchte ich mich auf drei Problemkreise konzentrieren: Das Bedürfnis und die Zielsetzung der Revision. Warum eine Revision des Verfassungsartikels 34bis? Wieweit entsprechen die Vorschläge Ihrer Kommission den notwendigen Zielsetzungen?

Erster Punkt: Das Bedürfnis und die Zielsetzung der Revision. Das Kranken- und Unfallversicherungsgesetz stammt, wie ich verschiedentlich erwähnt habe, aus dem Jahre 1911, also aus einer Epoche, in der die wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse sich stark von den heutigen unterscheiden und in der die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der medizinischen Wissenschaft noch bei weitem nicht den heutigen Stand erreicht hatten. Die einzige Teilrevision der Krankenversicherung von 1964 brachte einige Verbesserungen. Sie war als Vorläufer einer grundlegenden Neuordnung gedacht. Die Unfallversicherung erfuhr seit über 60 Jahren ebenfalls keine wesentlichen Änderungen. Nur zwei Drittel aller Arbeitnehmer sind bei der SUVA versichert. Die Notwendigkeit und die Dringlichkeit einer Revision unserer Krankenversicherungs-Gesetzgebung wird allgemein hervorgehoben. Der soziale Schutz bei Krankheit ist ungenügend, den gesundheitspolitischen Zielsetzungen wird zu wenig Rechnung getragen, und die finanzielle Ordnung ist für die Versicherten, für die öffentliche Hand und für die Krankenkassen unbefriedigend. Auch vom Standpunkt der Aerzte aus können berechtigte Kritiken gegen das jetzige System erhoben werden. Besonders bedenklich ist die Stellung der Familien in unserer Krankenversicherung, weil sie individuelle Fixbeiträge erhebt und keinen Sozialausgleich kennt. Nicht nur für die Familien kann das heutige System nicht genügen, auch für die grosse Bevölkerungsgruppe der Betagten ist es unbefriedigend. Wir haben die Altersversicherung erheblich ausgebaut. Sie nähert sich existenzsichernden Leistungen, doch ist der betagte Mensch erheblich krankheitsanfälliger als der jüngere; nicht selten wird er von chronischen Leiden befallen. Eine leistungsfähige AHV allein deckt also die Risiken des Alters nicht. Die AHV bedarf der Ergänzung durch eine ebenfalls leistungsfähige Krankenversicherung. Jede Altersfürsorgestelle wird Ihnen bestätigen, dass viele Altersrentner nicht für Krankheiten und Unfälle versichert sind und deshalb in finanzielle Schwierigkeiten geraten. Auch ist eine Versicherung, die durch Vorbehalte bestimmte Krankheiten von der Leistungspflicht ausschliesst oder bei langdauernder Krankheit die Zahlungen einstellt, für die Betagten ungenügend. Damit habe ich die Revisionsbedürftigkeit nachgewiesen. Die Zielsetzung besteht in der sozialen Sicherheit bei schweren, kostspieligen Erkrankungen und bei Unfällen, im sozialen Ausgleich zugunsten der Familien und der Minderbemittelten, in der grundsätzlich freien Arztwahl und in der Behandlungsfreiheit der Aerzte.

Diese sozialen Zielsetzungen werden in ihren Prinzipien kaum bestritten. Dazu werden aber auch finanzielle Forderungen erhoben: Entlastung der Kantone und Entlastung der Gemeinden von immer schwerer werdenden Spitalkosten, wirtschaftliche Behandlung der Kranken, insbesondere wirtschaftliche Organisation der Spitäler. Der Bundesrat ist sich seit längerer Zeit bewusst, dass die Spitalkosten für Kantone und für Gemeinden zu stark ins Gewicht fallen. Sie hindern Kantone und Gemeinden daran, andere wichtige öffentliche Aufgaben richtig zu erfüllen. Mit der Gesetzesrevision nach Flim-

ser Modell strebten wir eine radikale Herabsetzung der Spitaldefizite an. Die Krankenversicherung hätte voll oder jedenfalls weitgehend die Kosten des Spitalbetriebs decken sollen. Auch im Ausland betrachtete man es als Aufgabe der Krankenversicherung, für die effektiven Kosten der Krankheitsbehandlung aufzukommen. Nach diesem System bleiben dem Gemeinwesen nur noch die allerdings auch nicht geringen Bau- und Investitionskosten für die Spitäler. Auch die wirtschaftliche Durchführung der Versicherung ist eine richtige Zielsetzung. Sie wird denn auch ausdrücklich im neuen Verfassungsartikel statuiert. Da der Gesamtaufwand der Krankenversicherung beim Ausbau, wie die Initiative und wie die Gegenvorschläge des Bundesrates, des Ständerates und Ihrer Kommission ihn wünschen, 1976 rund 7 Milliarden Franken betragen wird, ist ein sparsames Haushalten unbedingte Pflicht. Dennoch möchte ich gegenüber einer extremen Betonung der Wirtschaftlichkeit Vorbehalte anbringen und ernstlich zu der gebotenen Zurückhaltung mahnen. Bei der Behandlung von kranken Mitmenschen geht Menschlichkeit vor Wirtschaftlichkeit. Jeder von uns wünscht und jeder erwartet, dass ein naher Angehöriger, ein Familienmitglied, das erkrankte, liebevoll betreut und sorgfältig sowie wirksam behandelt wird. Die Aufwendungen dürfen selbstverständlich nicht vernachlässigt werden, doch darf dieser Gesichtspunkt bestimmt nicht den Vorrang haben.

Nun, zweiter Punkt: Warum eine Verfassungsrevision? Der geltende Artikel 34bis erteilt dem Bund eine umfassende, unbeschränkte Gesetzgebungskompetenz auf den Gebieten der Krankenversicherung und der Unfallversicherung, wobei der Bund die Versicherung allgemein oder für bestimmte Teile der Bevölkerung obligatorisch erklären kann. Dieser Artikel ist 1890 mit sehr grosser Mehrheit angenommen worden. Vor 83 Jahren war also das Krankenversicherungsobligatorium eine Selbstverständlichkeit. Insbesondere waren die freisinnigen Promotoren der Verfassungsrevision von 1890 überzeugte Befürworter eines Obligatoriums: *tempora mutantur et nos mutamur in illis*. Der geltende Artikel besticht durch seine Einfachheit. Er hat als Verfassungsnorm offensichtliche Vorzüge gegenüber der sozialdemokratischen Initiative, gegenüber dem Gegenvorschlag des Bundesrates und erst recht im Vergleich zu den Gegenvorschlägen des Ständerates und Ihrer Kommission. Alle Regelungen, die in diesem neuen Text vorgesehen sind, könnten aufgrund des geltenden Artikels auf Gesetzebene verwirklicht werden. Gestützt auf diese Feststellung wäre man geneigt, eine Revision von Artikel 34bis als überflüssig zu bezeichnen. Revisionsbedürftig ist die Krankenversicherung, jedoch weniger die Verfassungsgrundlage. Von dieser Erwägung ausgehend, hat das Eidgenössische Departement des Innern 1967 eine Expertenkommission eingesetzt, mit dem Auftrag, eine umfassende Revision des Abschnitts über die Unfallversicherung des Kranken- und Unfallgesetzes vorzubereiten. Die Kommission hat ihre Arbeiten abgeschlossen; der Bundesrat hat den gründlichen 200 Seiten starken Bericht kürzlich ins Vernehmlassungsverfahren gegeben. Ferner wurde 1969 einer Expertenkommission der gleiche Revisionsauftrag für die Krankenversicherung erteilt. 1970 hat dann die Sozialdemokratische Partei die Volksinitiative für die soziale Krankenversicherung eingereicht. Wir entschlossen uns dennoch, die Arbeiten der Expertenkommission weiterzuführen, weil, wie gesagt, der geltende Verfassungsartikel 34bis dem Bund so weitgehende Gesetzgebungskompetenzen ein-

räumt, dass er jede erwünschte Reform zulässt. Es bestand somit die Absicht, der sozialdemokratischen Initiative einen Gegenvorschlag auf Gesetzesstufe gegenüberzustellen. Dieses Vorgehen hätte den Vorzug gehabt, rascher zu einer Neuregelung zu gelangen, als über den Weg einer Verfassungsrevision. Dies ist eine Tatsache, die auch Ihr Kommissionsreferent, Herr Nationalrat Trottmann, und soeben wieder Herr Nationalrat Müller hervorgehoben haben.

Das Ergebnis der Expertenberatung wurde vor einhalb Jahren publiziert und ist unter der Bezeichnung «Flimser Modell» bekannt geworden. Die Aufnahme dieses Berichtes im Vernehmlassungsverfahren war in der zentralen Frage des Obligatoriums und der Finanzierung der Krankenpflegeversicherung sehr unterschiedlich. Nahezu je ein Drittel der Stellungnahmen unterstützte das Flimser Modell, verlangte eine vollobligatorische Krankenversicherung oder wollte bei der bundesrechtlich freiwilligen Versicherung bleiben. Obwohl also rund zwei Drittel der Vernehmlassungen ein bestimmtes Obligatorium der Krankenpflegeversicherung mit teilweiser oder gänzlicher Lohnprozentualer Finanzierung befürworteten, bestanden doch zu grosse Divergenzen, um innert der für die Behandlung der Initiative zur Verfügung stehenden Frist eine ausgewogene Vorlage ausarbeiten zu können. Von den im Vernehmlassungsverfahren eingereichten Alternativmodellen hielt keines einer näheren Prüfung stand. Die Vorschläge, welche eine obligatorische Krankenversicherung ablehnen, streben den verstärkten Sozialausgleich über öffentliche Mittel an. Bund und Kantone müssten nach diesen Modellen zwischen 1,1 und 1,9 Milliarden Franken in die Krankenversicherung einwerfen. Diese Mittel können nicht aufgebracht werden.

Der Bundesrat kann der sozialdemokratischen Initiative aus den in der Botschaft erwähnten Gründen nicht zustimmen. Die Herren Referenten haben diese eingehend dargelegt. Ich möchte das Gesagte nicht wiederholen.

Da die Frist zur Berichterstattung über diese Initiative Ende März dieses Jahres abgelaufen ist, blieben uns nur zwei Möglichkeiten offen: Entweder einen Gegenvorschlag auf Verfassungsebene vorzuschlagen, da ein solcher Text, der nur die wesentlichen Grundsätze festlegt, rasch ausgearbeitet werden kann, oder auf einen Gegenvorschlag zu verzichten und die Absicht zu erklären, dass die Arbeiten in Hinsicht auf ein neues Gesetz speditiv gefördert werden sollen. Mehrere Motionen, so insbesondere auch zwei Motionen aus Ihrem Rate, nämlich von Herrn Nationalrat Blatti und Herrn Nationalrat Naegeli, ferner im Ständerat von Herrn Ständerat Hofmann, verlangen einen Verfassungsentwurf des Bundesrates. Die gleiche Auffassung vertraten die kantonalen Sanitäts- und die kantonalen Finanzdirektoren. Infolgedessen sahen wir uns gezwungen, in Verbindung mit einer Expertengruppe, einen Vorschlag für einen neuen Artikel 34bis auszuarbeiten. Dabei waren vor allem folgende Erwägungen massgebend: Die jetzige Regelung der Krankenversicherung ist höchst unbefriedigend. Bei dieser Sachlage hat die Regierung die Pflicht, dem Gesetzgeber einen Vorschlag zu unterbreiten, der zu einer zweckmässigen Lösung führen kann. Sie darf sich dieser Verantwortung nicht entziehen und lediglich die Ablehnung einer Volksinitiative beantragen, einer Volksinitiative, die ein echtes und schwerwiegendes Problem aufgreift. Zwar genügt der geltende Artikel 34bis als verfassungsrechtliche Grundlage für eine Neuordnung der

Kranken- und der Unfallversicherung. Der Fortschritt, den der Gegenvorschlag des Bundesrates bringt, liegt darin, dass anstelle einer Kompetenznorm ein klares sozialpolitisches Programm und damit ein entsprechender Auftrag an den Gesetzgeber tritt. Vorbild ist der AHV-Artikel vom 3. Dezember 1972. Nehmen Volk und Stände den neuen Verfassungsartikel an, so ist der Rahmen festgelegt, innerhalb welchem die eidgenössischen Räte die Kranken- und die Unfallversicherung zu schaffen haben.

Der dritte Punkt: Inwieweit entsprechen die Vorschläge Ihrer Kommission der notwendigen Zielsetzung einer Revision?

Ihre Kommission folgt in wichtigen Teilen der Vorlage den Anträgen des Bundesrates. So stimmt sie dem Obligatorium der Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer zu. Wie der Bundesrat es vorgeschlagen hatte, ist dieses Obligatorium zu verwirklichen, und es wird nicht bloss, wie der Ständerat beantragt, dem Bund eine Ermächtigung zur Einführung dieser wichtigen und unerlässlichen Versicherung erteilt. Es wäre kaum verständlich, warum der Arbeitnehmer bei Unfall eine Lohnausfallentschädigung erhalten soll, jedoch nicht bei Krankheit. Unbestritten ist die hälftige Teilung des Beitrags zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern.

Auch für die Unfallversicherung folgt Ihre Kommission dem Antrag des Bundesrates und nicht des Ständerates. Die Unfallversicherung ist für alle Arbeitnehmer obligatorisch; es wird nicht bloss dem Bund eine entsprechende Ermächtigung erteilt. Die Expertenkommission hat in ihrem kürzlich veröffentlichten Bericht festgehalten, dass der heutige Rechtszustand, nach dem etwa zwei Drittel der Arbeitnehmer obligatorisch gegen Unfallfolgen versichert sind und ein Drittel nicht, sachlich nicht begründet ist. Diese Unterscheidung zum Nachteil einer grossen Gruppe von Arbeitnehmern darf nicht aufrechterhalten werden.

Der bedeutsame Absatz 4 unserer Vorlage wird ebenfalls aufrechterhalten. Er enthält die Verpflichtung zur wirtschaftlichen Durchführung der Versicherung, die Kompetenz zur Förderung der Spitalplanung und die Regelung betreffend die Förderung der Prophylaxe, das heisst der Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten und Unfällen. Dass in dieser Richtung grosse Möglichkeiten offenstehen, hat die Diskussion dargelegt. Ihre Kommission ergänzt diesen Absatz in sinnvoller Weise durch die Kompetenz zur Regelung der beruflichen Ausbildung des Pflegepersonals. Diese Lösung drängt sich heute auf, nämlich nach Ablehnung des Bildungsartikels der Bundesverfassung. Die Bundeskompetenz zur Ordnung der Ausbildung beim medizinischen Hilfspersonal war in diesem Verfassungsartikel vorgesehen und war nicht bestritten. Sie ist zur Förderung des Nachwuchses auf dem Gebiete der Krankenpflege unerlässlich. Hier kann ich auf die Frage von Herrn Nationalrat Staehelin betreffend Finanzierung dieser Massnahmen, Spitalplanung, Förderung der beruflichen Ausbildung des Pflegepersonals, eintreten. Ich teile seine Auffassung. Es ist nicht Sache der Krankenpflegeversicherung, hiefür aufzukommen, sondern die Bundesbeiträge werden gezielt für diese in Absatz 4 genannten Aufgaben eingesetzt werden müssen.

Ich möchte diese Zustimmung zu sozialpolitisch sehr wichtigen Teilen der bundesrätlichen Vorlage anerkennend hervorheben. Durch die Verwirklichung dieser neuen Verfassungsbestimmungen wird unsere Sozialversicherung einen beachtlichen Ausbau und bedeutende

Verbesserungen erfahren. Diese Hinweise erscheinen mir als unerlässlich, weil die Krankengeld- und die Unfallversicherung wie auch die Verhütung von Krankheiten und Unfällen in der Diskussion völlig in den Hintergrund gedrängt werden durch die homerischen Wortkämpfe über die Krankenpflegeversicherung.

Wie ist nun der Vorschlag Ihrer Kommission zur Krankenpflegeversicherung zu beurteilen? Erreicht er die angestrebten Ziele besser oder weniger gut als der Vorschlag des Bundesrates? Wo liegen überhaupt die Unterschiede?

Wir müssen uns vor allem bewusst sein, dass der Stimmbürger nicht nur zwischen der sozialdemokratischen Initiative und dem Gegenvorschlag vergleichen wird, sondern er wird auch vergleichen zwischen der neuen Lösung und dem geltenden Artikel 34bis. Da dieser eine umfassende Kompetenzbestimmung für die Kranken- und Unfallversicherung enthält, hat ein wenig befriedigender Vorschlag zum vornherein keine Aussicht, in der Volksabstimmung angenommen zu werden.

Betrachten wir die vorgeschlagene Regelung im Hinblick auf drei wichtige sozialpolitische Zielsetzungen, nämlich Entlastung der Familie, dann besserer Schutz der nicht oder nicht genügend versicherten Bevölkerungsschichten, also besonders der Betagten, und endlich Entlastung der Kantone und Gemeinden von untragbaren Spitalkosten.

Die unsoziale Belastung der Familie im heutigen System ist eine Folge der Individualprämien. Eine wesentliche Besserstellung der Familien ergibt sich aus dem Beitrag, der nach den Grundsätzen der AHV erhoben wird. Als besonders wesentlich ist hervorzuheben, dass damit neu die hälftige Beteiligung der Arbeitgeber eingeführt wird, während im jetzigen System eine Beteiligung der Arbeitgeber an der Krankenversicherung nicht bekannt ist. Aber auch bei den Arbeitnehmerbeiträgen erfolgt ein sozialer Ausgleich, weil sie proportional zum Einkommen erhoben werden und also der Familienvater nicht mehr bezahlt als der Ledige mit dem gleichen Lohn. Diese lohnprozentuale Finanzierung findet sich in allen Vorschlägen. Eine andere ausreichende Finanzierungsmöglichkeit ist nicht zu finden; auch im Ausland gilt dieses Finanzierungsprinzip. Ich darf das vielleicht Herrn Nationalrat Alder auf seine Erwägungen antworten. Eine Finanzierung nur über Steuern ist bei der Krankenversicherung nicht möglich. Sie benötigt auch Beiträge; und nur bei diesem System ist es auch denkbar, Beiträge der Arbeitgeber, und damit also eine direkte Beteiligung der Wirtschaft, zu erlangen.

Im Gegensatz zur Initiative und zum Gegenvorschlag des Bundesrates will nun der Ständerat den Ansatz mit 2 Prozent ziffernmässig in der Verfassung verankern. Ihre Kommission folgt diesem Vorschlag grundsätzlich, erhöht aber den Ansatz auf höchstens 3 Prozent. Der Bundesrat hat Bedenken gegenüber der Festlegung bestimmter Zahlen in der Verfassung. Die Verfassung soll lange Zeit Geltung haben. Ob eine Ziffer in einigen Jahren noch als richtig angesehen wird, steht keineswegs fest. Immerhin ist anzuerkennen, dass durch Heraufsetzung des Beitrages auf 3 Prozent wesentliche Einwände des Bundesrates entkräftet werden. **Mit diesem Beitrag können nämlich die in Aussicht gestellten Leistungen tatsächlich finanziert werden.** Dies ergibt sich klar daraus, dass die Grossrisikoversicherung gemäss Vorschlag des Bundesrates 2,5 bis höchstens 3 Prozent kosten würde. Es wird also möglich sein, nach dem Vorschlag der Kommission wie nach demjenigen

des Bundesrates, zugunsten der ganzen Bevölkerung die Heilanstaltsbehandlung und ähnliche aufwendige Untersuchungen und Behandlungen wesentlich zu verbilligen und überdies, wie Ihre Kommission es vorschlägt, die Mutterschaftsleistungen, die Hauspflege und präventivmedizinische Massnahmen zu unterstützen. Die Vorschläge des Ständerates und Ihrer Kommission unterscheiden sich dadurch vom Modell des Bundesrates, dass sie vom Beitragsobligatorium ausgehen und die Leistungen für alle, für die gesamte Bevölkerung, als Folge eintreten, während der Bundesrat umgekehrt die obligatorischen Versicherungsleistungen in den Vordergrund stellt. Auf der Gesetzesstufe werden jedoch die Unterschiede weitgehend zurücktreten, ob man nun, wie Ihre Kommission sowie der Ständerat, von den Beiträgen ausgeht oder, wie wir es vorschlagen, von den Leistungen. Die finanziellen Mittel bestimmen nämlich den Inhalt der Versicherungsleistungen. So könnte man festhalten, dass der Vorschlag des Ständerates mit dem zweiprozentigen Beitrag ziemlich genau zu einer Spitalkostenversicherung gemäss Flimser Modell führen wird, während beim Antrag Ihrer Kommission mit dem dreiprozentigen Beitrag zusätzliche Leistungen für ambulante Untersuchungen und Behandlungen wie für die Hauspflege zur Verfügung stehen werden. Der Vorschlag Ihrer Kommission führt also im Endergebnis, wenn man die Leistungen im gesamten ansieht, zu einer Grossrisikoversicherung für die ganze Bevölkerung, mit einigen Abweichungen vom Konzept des Bundesrates. Dem Flimser Modell wurde nicht ganz zu Unrecht angekreidet, dass es den Spitalaufenthalt begünstige. Diese Einseitigkeit tritt zwangsläufig ein, wenn man den lohnprozentualen Beitrag niedrig halten will; dann kann man nicht mehr finanzieren als einen Teil der Spitalkosten. Das ist auch die Folge des ständerätlichen Beschlusses. Der Kritik gegenüber dem Flimser Modell hat der Bundesrat durch den Vorschlag der Grossrisikoversicherung Rechnung getragen. Oft hört man nun den Einwand, dieses Grossrisiko lasse sich nicht genau genug umschreiben. Ihre Kommission hat aber auch keine schärfere Präzisierung gefunden, wenn sie als Zweck die Verbilligung «insbesondere» der Heilanstaltsbehandlung und der Hauspflege sowie der Mutterschaftsleistungen und präventivmedizinischen Massnahmen nennt. Auch bei Verwirklichung des Kommissionsvorschlags fällt dem Gesetzgeber die Aufgabe der konkreten Umschreibung der Leistungen zu. Das soziale Bedürfnis nach einer Deckung der schweren Krankheitsrisiken ist so evident, dass jeder ernsthafte Versuch einer Regelung der Krankenversicherung in diese Richtung führt. Nicht nur der sogenannte kleine Mann, auch der Mittelstand ist bei einer längerdauernden Krankheit, insbesondere bei einem Spitalaufenthalt, zwangsläufig auf den Versicherungsschutz angewiesen, und diesem Bedürfnis muss jede Versicherung Rechnung tragen. Das zur Frage der Entlastung, zum ersten Punkt.

Nun zur Frage: Besserer Schutz der nicht oder nicht genügend versicherten Bevölkerungsschichten, insbesondere der Betagten? Dieses Ziel würde beim bundesrätlichen Vorschlag dadurch erreicht, dass jedermann gegen grosse Risiken versichert wäre. Diese Leistungen kämen auch den heute nicht oder ungenügend versicherten Betagten zugute. Eine eindeutige Antwort kann aufgrund des Entscheids des Ständerates und Ihres Kommissionsvorschlags nicht erteilt werden. Diese Vorschläge enthalten, wie gesagt, ein Beitragsobligatorium und ein etwas verdecktes Leistungsobligatorium. Die aus den

dreiprozentigen Beiträgen fliessenden Einnahmen sind für die ganze Bevölkerung zu verwenden; in welcher Form, ist noch offen. Eine befriedigende Lösung wird nicht leicht zu finden sein. Wird es möglich sein, den Nichtversicherten, den Versicherten mit Vorbehalten usw. genügende Leistungen zukommen zu lassen? Wie soeben erwähnt, liesse sich die Regelung ungefähr in der Fassung des Ständerates gemäss Flimser Modell verwirklichen; mit dem Beitragssatz Ihrer Kommission können jedoch weitgehend die Leistungen im Sinne einer Grossrisikoversicherung gedeckt werden. Der Ständerat war sich der offen bleibenden Fragen bewusst und hat deshalb durch ein Postulat eine Prüfung der Versicherung der Betagten und der heimkehrenden Auslandschweizer sowie des Problems der Vorbehalte angeregt; die gleiche Anregung nimmt Herr Nationalrat Leutenegger in einem Postulat auf.

Am positivsten dürfte die Frage nach der Entlastung der Kantone und Gemeinden von Spitallasten beantwortet werden können. Wenn die Einnahmen aus den Lohnprozenten insbesondere für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung der ganzen Bevölkerung eingesetzt werden, wird es möglich sein, erheblich grössere Beiträge für Spitalaufenthalte zu bezahlen, als die Krankenkassen heute aufbringen. Meines Erachtens muss das Ziel unbedingt angestrebt werden, dass die Krankenversicherung ungefähr die gesamten Betriebskosten der Spitäler deckt; denn, wie gesagt, Kantone und Gemeinden können sonst andere wichtige Aufgaben nicht mehr ausreichend erfüllen. Diese Zielsetzung wird durch den Kommissionsvorschlag befriedigend erfüllt.

Auf die Frage von Herrn Nationalrat Brosi kann ich jetzt nicht eindeutig antworten. Der Gesetzgeber wird erst bestimmen, wie diese Beiträge, die für die ganze Bevölkerung zu verwenden sind, eingesetzt werden. Ich nehme aber an, dass in diesem Rahmen eine Deckung der Kosten des Spitalaufenthaltes erfolgen wird und nicht eine indirekte Entlastung der Patienten durch Beiträge an die Spitäler. Ich glaube also, dass die Gesichtspunkte von Herrn Nationalrat Brosi in der Gesetzgebung verwirklicht werden dürften.

In diesem Zusammenhang kann ich auch auf die Frage von Herrn Nationalrat Egli betreffend die Organisation zurückkommen. Die Frage, ob eine Bundeskrankenkasse vorgesehen sei, müsste allerdings an die Autoren des Vorschlags des Ständerates bzw. Ihrer Kommission gerichtet werden. Ein Beitragsobligatorium, wie es hier vorgesehen wird, setzt eine Organisation voraus. Eine Organisation muss diese Beiträge einziehen; ebenso muss die Ausrichtung der bestimmten Leistungen (Beiträge an die Spitäler, an die ambulante Behandlung bei schweren Krankheiten usw. an die gesamte Bevölkerung) durch irgendeine Organisation vorgenommen werden. Es stellt sich die Frage: Wer nimmt das vor für diejenigen Kreise, die nicht bei einer Krankenkasse versichert sind? Es lässt sich unter Umständen denken, dass diese Aufgaben allgemein den Krankenkassen übertragen werden können. Man kann sich aber auch vorstellen, dass eine Art Auffangkasse für die Nichtversicherten geschaffen werden muss. Dieses Problem wird vom Gesetzgeber entschieden werden müssen. Ich darf daran erinnern, dass im Flimser Modell eine privatrechtliche Stiftung vorgesehen war als Auffangkasse, wenn man so sagen will, die getragen war von den Krankenkassen einerseits und von den privaten Versicherungsgesellschaften andererseits. Diese privatrechtliche Stiftung hätte für die Nichtversicherten die Leistungen an die

Spitäler ausrichten sollen. Auch dieser Gedanke aus dem Flimser Modell, eine privatrechtliche Stiftung, gebildet aus Krankenkassen und privaten Versicherungen, kann wieder in Erwägung gezogen werden.

Abschliessend und zusammenfassend stelle ich Uebereinstimmung zwischen den Vorschlägen Ihrer Kommission und dem Bundesrat in den Punkten Krankengeldversicherung, Unfallversicherung und Planung sowie Präventivmassnahmen fest. Bei der Regelung der Krankenpflegeversicherung hat Ihre Kommission, ausgehend vom Vorschlag der Allianz der Aerzte mit den Krankenkassen und vom Beschluss des Ständerates eine nicht unerhebliche Modifikation am Vorschlag des Bundesrates vorgenommen. Die Regelung ist zwar weniger plastisch; man kann nicht mit wenigen Worten sagen, um was es sich handelt, wie wir erklären können: Wir schlagen eine Grossrisikoversicherung vor. Der Verfassungsartikel erlaubt aber dem Gesetzgeber, eine sozial gleichwertige Lösung zu schaffen, da der Beitrag von 3 Lohnprozenten die Finanzierung sicherstellt. Bei dieser Sachlage hat der Bundesrat keinen Anlass, auf seinem ursprünglichen Vorschlag zu beharren; er schlägt Ihnen in Uebereinstimmung mit den Kommissionsreferenten und mit den Diskussionsrednern vor, auf die Vorlage einzutreten.

Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen

Le Conseil passe sans opposition à la discussion des articles

Im Zuge der Beratung des Volksbegehrens gibt der Präsident den Rückzug der folgenden Motionen bekannt:

11 427. Motion Blatti.

Krankenversicherung — Assurance-maladie

Motion vom 4. Oktober 1972

Motion du 4 octobre 1972

11 530. Motion Naegeli.

Gesundheitsvorsorge. Versicherung

Prévoyance-santé. Assurance

Motion vom 19. Dezember 1972

Motion du 19 décembre 1972

Artikelweise Beratung — Discussion des articles

Titel und Ingress

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates.

Titre et préambule

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats.

Angenommen — Adopté

Art. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates.

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats.

Angenommen — Adopté

Art. 2 Ingress und Ziff. 1, Ingress

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates.

*Art. 2 préambule et ch. I, préambule***Proposition de la commission**

Adhérer à la décision du Conseil des Etats.

Angenommen — Adopté

*Art. 2 Abs. 1***Antrag der Kommission**

Der Bund ordnet auf dem Wege der Gesetzgebung die soziale Kranken- und Unfallversicherung. Dabei berücksichtigt er die bestehenden Versicherungsträger und wahrt grundsätzlich die freie Wahl der Medizinalpersonen und deren Behandlungsfreiheit sowie den Tarifschutz für die Versicherten.

*Art. 2 al. 1***Proposition de la commission**

La Confédération règle par la voie législative l'assurance sociale en cas de maladie et d'accident. Elle tient compte des assureurs existants et sauvegarde en principe la faculté de choisir librement les personnes exerçant une activité dans le domaine médical, ainsi que la liberté de traitement de ces personnes ainsi que la protection qu'offrent les tarifs pour les assurés.

M. Martin, rapporteur: A l'article 2, chiffre I, 1er alinéa, la commission a repris d'abord, dans le texte du Conseil fédéral qui diverge de celui du Conseil des Etats, la notion de l'assurance sociale. C'est le premier point sur lequel vous devez vous prononcer. De plus, notre commission a introduit une notion qui n'est pas nouvelle dans la pratique, mais qui l'est par rapport au texte qui vous est soumis, c'est celle de la protection offerte aux assurés par les tarifs conventionnels.

En ce qui concerne la première modification, nous avons jugé utile de reprendre la version du Conseil fédéral pour bien préciser que l'assurance-maladie, que nous entendons introduire ou réintroduire, est une assurance à caractère social dans laquelle la solidarité doit jouer un rôle essentiel. Cette modification n'a peut-être pas une grande valeur pratique, mais elle donnera tout de même au législateur, qui plus tard sera obligé de se pencher sur l'élaboration de la loi, une indication générale valable sur le sens et la portée de cette loi.

En ce qui concerne la protection résultant des tarifs dans le régime de l'assurance qui règle les relations entre les médecins et les caisses, il y a actuellement des tarifs qui ont été élaborés par canton par les caisses-maladie et qui sont acceptés ou non par les médecins. A ce propos, vous me permettez, puisque je n'ai pu le faire durant le débat d'entrée en matière, de dire que, d'une façon très générale, les médecins — contrairement à ce que disait Mme Nanchen — ne travaillent pas uniquement pour remplir leur porte-monnaie. Il y a certes des exceptions, il y en a dans toutes les professions. Les médecins — nous avons entendu nos collègues médecins en parler au sein de la commission — reconnaissent eux-mêmes qu'il y a quelques abus, mais font remarquer que, d'une façon très générale, les praticiens se comportent d'une façon tout à fait correcte vis-à-vis des assurés. Beaucoup d'entre eux, dans différents cantons, ont accepté les tarifs proposés en commun avec les caisses, d'autres, cependant, ne veulent pas s'y rallier et travaillent donc selon leurs tarifs.

Il nous est apparu que, sans vouloir léser les médecins, c'était une garantie de mentionner dans la constitu-

tion que les assurés pouvaient bénéficier de la protection qu'offrent ces tarifs.

C'est pourquoi nous vous demandons d'approuver ces deux modifications à l'article 2, chiffre I, 1er alinéa, soit l'adjonction du mot «social» et de la notion de protection des tarifs.

Trottmann, Berichterstatler: Bei diesem Abschnitt stimmt die Kommission in grundsätzlicher Sicht der vom Ständerat vorgeschlagenen Fassung zu. Sie ist damit einverstanden, dass statt der bestehenden Krankenkassen der weitere und umfassendere Begriff der bestehenden Versicherungsträger verwendet wird. Der Begriff der Versicherungsträger umfasst auch die SUVA. Die Kommission ist aber einhellig der Auffassung, man müsse die soziale Kranken- und Unfallversicherung im Verfassungstext erwähnen, um gegenüber der Privatversicherung, die dem Versicherungsamt untersteht, die erforderliche Abgrenzung vorzunehmen. Bei der Anerkennung der für die soziale Kranken- und Unfallversicherung geltenden gesetzlichen Vorschriften können sich aber auch die Privatversicherungen an der Durchführung dieser Versicherungsarten beteiligen. Die Ergänzung des ständerätlichen Textes ist jedoch eher redaktioneller Art. Die im Text zugesicherte freie Wahl der Medizinalpersonen gibt dem Versicherten kein absolutes Recht auf eine freie Arztwahl. So ist bei der Heilanstaltsbehandlung aus betrieblichen Gründen durchaus damit zu rechnen, dass sich verschiedene von der Heilanstalt angestellte Aerzte um die Behandlung und Heilung eines Patienten bemühen. Weiter bestehen in verschiedenen Bergregionen zwischen Aerzten und den Talschaften vertragliche Regelungen, um die Krankenversicherung wirtschaftlich durchführen zu können. Die freie Arztwahl kann also aus durchaus achtbaren Gründen eingeengt sein, weshalb dieses Recht nur grundsätzlich gesichert werden kann. Die Ergänzung der Behandlungsfreiheit mit dem Tarifschutz für die Versicherten ist dagegen materieller Art und von erheblicher Bedeutung. Wenn die freie Wahl der Medizinalpersonen und deren Behandlungsfreiheit ohne den Tarifschutz für die Versicherten in der Bundesverfassung verankert wird, kann die Kostenseite nicht oder nur unter erschwerten Verhältnissen kontrolliert werden. Mit dem Tarifschutz für die Versicherten kann aber darauf eingewirkt werden, dass statt der maximalen Medizin die den erkrankten Mitmenschen besser dienende optimale Medizin angewendet wird. Der in der Verfassung zu verankernde Tarifschutz gibt aber auch die Möglichkeit, in der Ausführungsgesetzgebung die vertraglichen oder bei deren Scheitern die vertragslosen Verhältnisse zwischen Aerzten und Krankenkassen besser zu regeln. Mit der Aufnahme des Tarifschutzes für die Versicherten wird in keiner Weise ein Vertragszwang bezweckt. Nach wie vor wird es Aufgabe der Partner sein, ihre gegenseitigen Beziehungen zu regeln.

Die Kommission empfiehlt Ihnen, der Aufnahme des Tarifschutzes für die Versicherten zuzustimmen und damit der wirtschaftlichen Durchführung der Krankenversicherung den Weg freizugeben.

M. Bonnard: Très brièvement, je souhaite demander soit au représentant du Conseil fédéral soit au rapporteur le sens exact des mots «sauvegarde en principe». L'article 34bis tel qu'il nous est proposé dit dans la deuxième phrase: «Ce faisant, l'assurance tient compte des caisses-maladie existantes et sauvegarde en principe

la faculté de choisir librement les personnes exerçant une activité...». Quelle est la portée exacte des mots «sauvegarde en principe», qui pourraient être interprétés de manière très diverse?

Puisque j'ai la parole, je signalerai à l'intention de la commission de rédaction, deux corrections qui doivent en tous cas être apportées à ce texte. Tout d'abord, il y a deux «ainsi que» qui se succèdent et dont l'un doit être supprimé. Ensuite, la rédaction selon laquelle l'assurance «sauvegarde la protection qu'offrent les tarifs...» n'a pas de sens clair en français.

Eibel: Wie aus der Fahne ersichtlich, ist die Angelegenheit «Tarifschutz» von der Kommission in die Vorlage hineingenommen worden. Ich glaube, es ist in diesem Zusammenhang wichtig, dass man sich jetzt schon der Tragweite dieser Ergänzung bewusst ist. Ich habe grundsätzlich nichts gegen eine Festlegung des Tarifschutzes einzuwenden. Hingegen sollte man doch dessen Bedeutung kennen. Kollege Egli hat gestern in der Eintretensdebatte diese Frage aufgeworfen, welche, wenn ich die Verhandlungen richtig verfolgt habe, bis jetzt nicht beantwortet worden ist. Der Tarifschutz ist ja im geltenden KUVG bereits auf Gesetzesstufe verankert. Er bedeutet, dass im Moment, da zwischen Krankenkassen und Aerzten kein Vertrag besteht, die Kantonsregierung subsidiär einen Tarif erlassen kann, gemäss dem die Kassenpatienten behandelt werden müssen. Der Arzt hat noch eine Ausweichmöglichkeit, wenn ihm dieser Tarif nicht zusagt; er verzichtet auf die Kassenpraxis. Diese letzte Ausweichmöglichkeit ist in ihrer Bedeutung recht gering, kann man sich doch vorstellen, was es heisst, wenn bei einem Versicherungsgrad von 95 Prozent ein Arzt auf die Kassenpraxis verzichten will. Ich möchte einfach erfahren, ob der Herr Departementschef erklären kann, mit dieser Formulierung in der Verfassung sei nichts anderes gemeint, als was heute schon nach KUVG gelte. Unter dieser Voraussetzung könnte ich mich einverstanden erklären. Wäre allerdings mehr gemeint, so hätten wir noch zu weiteren Diskussionen Anlass, denn in diesem Falle entstünde eine kaum zu vereinbarende Gegensätzlichkeit zwischen dem Begriff der Behandlungsfreiheit auf der einen Seite und des Tarifschutzes auf der andern.

Bundesrat Tschudi: Ich will gerne auf die Fragen der Herren Nationalräte Egli, Eibel und Bonnard antworten, wobei leider das Problem des Tarifschutzes relativ kompliziert ist; die Frage von Herrn Nationalrat Bonnard ist hingegen einfach.

Ihre Kommission schlägt in Artikel 34bis Absatz 1, gleichsam als Korrelat zur freien Wahl der Medizinalpersonen und zu deren Behandlungsfreiheit, grundsätzlich auch den Tarifschutz für die Versicherten vor. Um die Bedeutung dieses Vorschlages zu ermessen, muss, wie das Herr Nationalrat Eibel soeben getan hat, von der geltenden Ordnung ausgegangen werden. Das Tarifwesen in der Sozialversicherung beruht heute primär auf dem Vertragsprinzip. Zwischen den Versicherungsträgern und den Medizinalpersonen werden Tarifvereinbarungen abgeschlossen. Bei der Krankenversicherung bestehen zurzeit solche Vereinbarungen zwischen den Kassen und Aerzten in allen Kantonen mit Ausnahme von Zürich, Obwalden, Nidwalden und Freiburg. Die SUVA, die Militärversicherung und die Invalidenversicherung haben gemeinsam eine gesamtschweizerische Vereinbarung mit den Aerzten getroffen. Solange eine Ta-

rifvereinbarung besteht, sind darüber hinausgehende Honorarforderungen ausgeschlossen oder nur in gesetzlich festgelegten Fällen zulässig, z. B. bei Personen in sehr guten wirtschaftlichen Verhältnissen. Der Tarifschutz der Versicherten ist somit im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen gewährleistet. Problematisch ist dagegen die Rechtslage beim sogenannten vertragslosen Zustand. Hier bestehen in den verschiedenen Sozialversicherungszweigen unterschiedliche Ersatzordnungen. In der Krankenversicherung — wir beschränken uns auf diese — hat die Kantonsregierung bei der Genehmigung eines Vertragstarifs einen sogenannten Rahmentarif festzulegen, bei dem die Mindestansätze unter und die Höchstansätze über den Taxen des Vertragstarifs liegen. Tritt nun der vertragslose Zustand ein, so findet vorerst dieser Rahmentarif Anwendung, der nach einem Jahr den veränderten Verhältnissen angepasst werden kann. Dieser Rahmentarif gilt für alle Versicherten mit Ausnahme derjenigen in sehr guten wirtschaftlichen Verhältnissen. Allerdings können die Aerzte durch eine Erklärung gegenüber einer von der Kantonsregierung bezeichneten Stelle jede Kassenpraxis ablehnen: Das sind dann die sogenannten «médecins indépendants». In diesem Falle untersteht der Arzt keiner Tarifregel und der Patient geniesst keinen Tarifschutz. Ist nun in einem bestimmten Gebiet die Zahl der Aerzte, die sich von der Kassenpraxis abwenden, gross, so bestände die Gefahr, dass die Behandlung von Patienten zu den Versicherungstarifen nicht mehr gewährleistet wäre. Um dieser Gefahr vorzubeugen, sieht Artikel 22ter des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes vor, dass die Kantonsregierung befristete Massnahmen für die Sicherstellung der Behandlung wirtschaftlich schwächerer Versicherter treffen kann. Ferner kann der Bund nötigenfalls entsprechende Massnahmen treffen, wenn vom fehlenden Tarifschutz auch Versicherte ausserhalb des Kantons betroffen werden. Solche Massnahmen mussten im Jahre 1967 sowohl vom Regierungsrat wie vom Bundesrat für den Kanton Basel-Stadt getroffen werden.

Verfassungsrechtlich kontrovers ist die Frage, ob die Aerzte im vertragslosen Zustand auf einen bestimmten Tarif verpflichtet werden können. Bei der Revision des KUVG im Jahre 1964 — einige von Ihnen erinnern sich noch an diese gewaltigen Debatten — haben namhafte Rechtsgelehrte eine solche Lösung als verfassungswidrig abgelehnt, vor allem weil sie gegen die Handels- und Gewerbefreiheit verstosse. Einschränkungen dieser Freiheit seien zwar wohl aus gewerbe- oder gesundheitspolizeilichen Gründen, nicht dagegen aus versicherungsrechtlichen oder sozialpolitischen Erwägungen zulässig, da die verfassungsmässige Grundlage hiezu in Artikel 34bis fehle. Nach der These dieser Professoren wäre auch die heute im KUVG vorgesehene Tarifordnung bei vertragslosem Zustand mit der Verfassung nicht vereinbar.

Nun ist klar, dass der Wegfall eines genügenden Tarifschutzes letztlich zum Nachteil des Versicherten ausschlägt und zu sozialen Härten führen kann. Zwar können die Versicherungsträger durch die Krankenkassen, durch einen sogenannten Rückerstattungstarif, gegen übertriebene Forderungen geschützt werden. Die Differenz zwischen der Forderung der Medizinalperson und der Leistung der Versicherung ginge dann zulasten des Versicherten.

Ihre Kommission möchte nun offenbar solche verfassungsrechtliche Diskussionen in Zukunft vermeiden und den Tarifschutz der Versicherten grundsätzlich in

der Verfassung verankern. In der vorliegenden grundsätzlichen Fassung kann gegen die vorgeschlagene Bestimmung nichts eingewendet werden. Sie ändert, wie die Herren Kommissionsreferenten es erklärt haben, nichts am Primat des Vertragsprinzips. Dem gelegentlich gehörten Einwand, die Versicherungsträger würden das Interesse an einem Vertragsabschluss verlieren, kann durch eine für sie wenig vorteilhafte Ausgestaltung der Tarifordnung im vertragslosen Zustand entgegengewirkt werden. Der vorgeschlagene Verfassungszusatz schafft auch nicht besondere Bundeskompetenzen im Tarifwesen, da die Tarifordnung wie heute den Kantonen übertragen werden kann. Er begründet schliesslich den Tarifschutz nur in grundsätzlicher Hinsicht und überlässt es dem Gesetzgeber, die Voraussetzungen und den schutzwürdigen Personenkreis näher zu umschreiben. Dem Gesetzgeber würde also weiterhin freistehen, den Personen in guten wirtschaftlichen Verhältnissen den Tarifschutz nicht zu gewähren.

Ich darf zusammenfassend erklären, dass durch diese Bestimmung der Verfassungstreit, ob die geltende Ordnung eine Basis in der Verfassung besitzt oder nicht, endgültig geklärt werden soll. Es soll die verfassungsrechtliche Basis geschaffen werden für eine Ordnung, die der jetzigen im geltenden Gesetz entspricht. Ich glaube, damit die Frage von Herrn Nationalrat Eibel klar beantwortet zu haben.

Herr Nationalrat Bonnard hat die Frage aufgeworfen, warum die freie Wahl der Aerzte, die freie Wahl der Medizinalpersonen im Verfassungstext grundsätzlich festgelegt ist, warum das Wort «grundsätzlich» eingeführt wird. «Grundsätzlich» bedeutet — obwohl es auf den ersten Blick nicht so scheint — stets eine Abschwächung. Herr Nationalrat Bonnard möchte begreiflicher Weise — ich teile seine Auffassung — die freie Arztwahl und die freie Behandlung durch die Medizinalpersonen möglichst nicht einschränken. Im praktischen Leben ist aber eine völlige Aufrechterhaltung der freien Arztwahl nicht möglich; es ist aus praktischen Erwägungen nicht denkbar, dass in einem abgelegenen Bergtal die dortigen Bewohner den Arzt frei wählen können. Es steht nur einer zur Verfügung; sie sind auf diesen Arzt angewiesen und sind dankbar dafür, dass er dort praktiziert. Vor allem aber ist die freie Arztwahl in der Spitalorganisation nicht möglich. Wer in ein Spital eintritt, muss sich dieser Organisation fügen, er muss sich durch die Aerzte oder den Arzt behandeln lassen, der nach dem Stundenplan im Dienst steht, er muss sich durch den Arzt behandeln lassen, dem die Behandlung der betreffenden Spezialität zugewiesen ist, und er kann nicht sagen, er möchte lieber durch einen Kollegen dieses Arztes behandelt werden. Die wesentliche Einschränkung, eigentlich die Ursache, weshalb «grundsätzlich» hier in der Verfassung genannt werden muss, ist die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Spitäler.

Angenommen — Adopté

Art. 2 Abs. 2, Ingress

Antrag der Kommission

Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates.

(Die Aenderung betrifft nur den französischen Text.)

Minderheit

(Naegeli, Barchi, Brosi, Frey, Gehler, Hubacher, Lang, Müller-Bern, Nanchen, Schütz)

Die Krankenversicherung kommt auf für Leistungen der Gesundheitsvorsorge sowie für Pflege- und Geldleistungen bei Krankheiten, mit Einschluss von Zahnerkrankungen, für die Familienplanung, bei Mutterschaft sowie bei Unfall, falls hiefür anderweitig keine Versicherung besteht.

Sie ist wie folgt auszugestalten:

Art. 2 al. 2, préambule

Proposition de la commission

Majorité

L'assurance-maladie garantit des prestations pour la prophylaxie ainsi que des prestations pour soins et des prestations en espèces en cas de maladie, y compris certaines affections dentaires, de maternité ainsi que d'accident, s'il n'y a pas d'autre assurance.

Elle doit être conçue comme il suit:

Minorité

(Naegeli, Barchi, Brosi, Frey, Gehler, Hubacher, Lang, Müller-Berne, Nanchen, Schütz)

L'assurance-maladie garantit des prestations pour la prophylaxie ainsi que des prestations pour soins et des prestations en espèces en cas de maladie, y compris les affections dentaires, pour la planification familiale, en cas de maternité ainsi que d'accident, s'il n'y a pas d'autre assurance.

Elle doit être conçue comme il suit:

Naegeli, Berichterstatter der Minderheit: Erlauben Sie mir, Ihnen meinen in der Kommission nur durch Stichentscheid des Präsidenten unterlegenen Antrag betreffend die Familienplanung zu unterbreiten.

Ob der Begriff Familienplanung im Rahmen des Verfassungsartikels zur Regelung der Kranken-, Unfall- und Mutterschaftsversicherung richtig plaziert ist, oder ob er, wie sich Herr Bundesrat Tschudi in der Kommission äusserte, eher in den Familienschutzartikel gehört — auch die Mutterschaft wäre dort möglicherweise einzureihen — möge als rhetorische Frage Verfassungskosmetikern überlassen werden.

Mutterschaft und alles, was zu ihr führt, sowie auch das, was sie verhindert oder verunmöglicht — jedoch nur ein Geschlecht berücksichtigt —, hat mit Krankheit nichts und mit Unfall wohl nur in den seltensten Fällen etwas zu tun. — Familienplanung, um die medizinischen Belange kann es sich bei der heutigen Diskussion nur handeln, umfasst Pflege- und Geldleistungen. Da diese gewollt und gezielt von der Medizin verlangten Leistungen nur einer bestimmten Altersgruppe unserer Bevölkerung zugute kommen, könnte dem in der Ausführungsgesetzgebung durch Prämienleistungen nur über einen bestimmten Altersbereich hinweg Rechnung getragen werden.

Bis heute wurden alle Leistungen im Rahmen der Schwangerschaft mit und ohne pathologische Ereignisse vom Moment der Konzeption bis zur Beendigung des Puerperiums über die Mutterschaftsversicherung abgegolten, innerhalb der auch eine zeitliche einheitliche Taggeldentschädigung spielte; dies dürfte für Sie leicht verständlich sein.

Komplexer wird die Angelegenheit, wenn es für den Versicherer gilt, Leistungen zu erbringen für die Abklärung einer unerwünschten Sterilität bei jedem der Ge-

schlechter. Diese kann sich oft über längere Zeit erstrecken und unter Umständen mit Hospitalisation und entsprechenden Kosten verbunden sein. — Weit fragwürdiger stellt sich dazu die ärztliche Leistung als Berater und Ueberwacher möglicher Komplikationen bei einer gezielten Familienplanung. Die Vornahme einer irreversiblen Korrektur anatomischer Gegebenheiten in diesem Zusammenhang ist das Herbeiführen eines der Gesundheit respektive der unversehrten Integrität und der Physiologie genau entgegenstehenden Zustandes — und dieser Eingriff wird trotzdem in der Regel der Krankenversicherung angelastet. — Sie ersehen daraus: Eine gewünschte Leistung für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe auf Kosten der gesamten Zahl der Versicherten und der Subventionsgewährer. Wie letztlich der ganze Fragenkomplex um den Schwangerschaftsabbruch gelöst wird, kann ich Ihnen im Moment nicht sagen. Eines steht jedoch fest: Die Kreise, die für eine Liberalisierung reden, führen Argumente der ungleichen Behandlung der in Frage stehenden Frauen, je nach Sozialstatus, ins Feld. Ob Sie als Parlament sich einmal für eine Indikationslösung mit oder ohne soziale Indikation oder eine Fristenlösung zur strafrechtlichen Definition des Schwangerschaftsabbruchs äussern werden ist hier belanglos. Sie können aber, durch Einbezug der Kostenseite medizinischer Belange innerhalb der Familienplanung mit einer Ergänzung des vorliegenden Verfassungsentwurfes, speziell wenn Sie an Ihr soziales Gewissen appellieren, den soeben angeschnittenen Problembereich entschärfen.

Darf ich Sie, werte Ratsmitglieder in allen Fraktionen, bitten, unter Würdigung dieser meiner Argumente dem Minderheitsantrag zuzustimmen.

Röthlin: Das Thema «Familienplanung» wird uns Anlass zu eingehender Diskussion geben, nämlich dann, wenn wir das Volksbegehren für die Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs zu behandeln haben. Sagen wir es darum offen: Wenn wir die Familienplanung unter diesem Abschnitt des KUVG aufnehmen, heisst dies doch nichts anderes, als dass die Kosten für den Schwangerschaftsabbruch, die Pille und so weiter durch die Krankenkassen zu übernehmen sind, und wir damit unsere Beschlussfassung über das subtile Thema der Familienplanung im Zusammenhang mit dem Volksbegehren vom 1. Dezember 1971 präjudizieren. Wir wissen ja, dass der Staat den Eltern die Verantwortung für ihre Kinder nicht abnehmen kann. Er soll jedoch Massnahmen treffen, die die Eltern in die Lage versetzen, ihre Aufgabe verantwortungsvoll zu erfüllen. Aus diesem Verantwortungsgefühl heraus wollen wir dieses schwerwiegende Problem der Familienplanung umfassend — ich möchte dieses Wort unterstrichen wissen — bei der Behandlung des erwähnten Volksbegehrens diskutieren, um zu einem hoffentlich segensreichen Beschluss zu kommen.

Im Namen der einstimmigen christlichdemokratischen Fraktion beantrage ich Ihnen, diesen Minderheitsantrag abzulehnen. Ich danke Ihnen.

Mme Nanchen: Une fois n'est pas coutume, je partagerai aujourd'hui le point de vue de M. Naegeli. Non pas que, comme lui et ses amis politiques, j'aie quelque appréhension en ce qui concerne un éventuel danger de surpopulation pour notre pays. Si je soutiens sa proposition, c'est que je me place sur le terrain de la prévention

des naissances. Je souhaite en effet que l'assurance-maladie prenne en charge les frais relatifs à la contraception. Nous nous trouvons en fait aujourd'hui dans une situation assez paradoxale: les caisses-maladie prennent en charge les interruptions légales de la grossesse, de même que les suites médicales des avortements clandestins. Il est même un certain nombre de caisses-maladie qui prennent en charge les frais de stérilisation masculine. Mais en ce qui concerne la contraception féminine, elle n'est pas remboursée par les caisses. On parle beaucoup, aujourd'hui, du problème de la libération de l'avortement et je crois que tout le monde est d'accord pour penser que l'avortement est une solution extrême, toujours dramatique, et qu'elle ne saurait en aucun cas constituer une solution au problème du contrôle des naissances. De nombreux milieux — et c'est la position de M. Furgler — pensent qu'il faut prévenir l'avortement grâce à la mise sur pied d'un train de mesures sociales: mettre des logements à disposition des familles, accorder des allocations familiales plus importantes, étendre les droits de la mère célibataire, changer les mentalités en ce qui concerne le statut de cette dernière, etc. Je soutiens certes ces différentes propositions mais je pense qu'à elles seules elles sont insuffisantes et que la manière la plus efficace de prévenir l'avortement consiste d'abord à favoriser la planification familiale.

M. le conseiller fédéral Tschudi me dira peut-être, comme il l'a fait en commission, que ce problème n'a rien à voir avec l'assurance-maladie. Je lui répondrai, comme je l'ai fait aussi sous forme de boutade, que la maternité non plus n'avait rien à voir avec l'assurance-maladie et qu'elle figurait pourtant dans notre projet d'article constitutionnel. Mais je dirai encore que, dans ce projet, l'accent est mis aujourd'hui sur la prévention des maladies et ceci à juste titre je crois. Il s'agit avant tout de sauvegarder la santé de la population. Vous vous souvenez de la définition que l'OMS donne de la santé: il s'agit d'un état général de bien-être physique, mental et social. Si l'on prend le terme de santé dans cette acception-là, je pense qu'on peut dire qu'une grossesse non désirée constitue une atteinte grave à la santé. En effet, une femme qui se trouve enceinte alors qu'elle ne l'a pas désiré est souvent gravement perturbée sur le plan physique et encore plus sur le plan psychique, et cela pas seulement durant les neuf mois que dure sa grossesse mais durant toute la vie de cet enfant qu'elle n'a pas voulu et qu'elle doit élever. Je crois que ces déséquilibres graves que peuvent entraîner des grossesses non désirées doivent être prévenus et que leur prévention, tout comme la prévention des maladies, a sa place dans le projet d'article constitutionnel que nous discutons aujourd'hui. C'est pour cette raison que je vous demande de soutenir la proposition Naegeli.

Frau Blunschy: Es wird Ihnen beantragt, in diesen Verfassungsartikel einen Zusatz aufzunehmen betreffend die Familienplanung. Ich beantrage Ihnen, davon abzusehen, und zwar geht es nicht etwa darum, ob man für oder gegen Familienplanung sei. Es geht in diesem Zusammenhang einzig und allein darum, ob es richtig sei, die Familienplanung in einen Verfassungsartikel über die Kranken- und Unfallversicherung aufzunehmen. Ich bin der Ansicht, dieser Zusatz gehöre nicht in diesen Verfassungsartikel, aus folgenden Gründen:

Erstens: Es verstehen nicht alle dasselbe unter dem Begriff Familienplanung. Ein Teil der Antragsteller, so

auch Herr Dr. Naegeli, verstehen unter Familienplanung nicht nur die Empfängnisverhütung und die Sterilisation, sondern ebenfalls auch den Schwangerschaftsabbruch. Andere — und dazu gehöre auch ich — sind der Ansicht, dass Schwangerschaftsabbruch keine Methode der Familienplanung sein solle. Es besteht also in sehr wichtigen Punkten Uneinigkeit, was unter den Begriff der Familienplanung falle und was nicht. Es hat nun keinen Sinn, die ganze Problematik des Schwangerschaftsabbruchs in den Verfassungsartikel über die Kranken- und Unfallversicherung hineinzubringen. Wir werden ja in absehbarer Zeit die Möglichkeit haben, sehr gründlich und ausführlich das ganze Problem des Schwangerschaftsabbruchs zu behandeln. Soweit dieser Schwangerschaftsabbruch aus rein medizinischen Gründen vorgenommen wird, ist er ja bereits heute durch die Krankenversicherung gedeckt.

Ein zweiter Grund: Familienplanung ist nur zum Teil ein medizinisches Problem. Sie ist ebenso sehr ein soziologisches, ein psychologisches, ein ethisches und vor allem ein bevölkerungspolitisches Problem. Wir können nun nicht die Kranken- und Unfallversicherung heranziehen, um all diese Probleme zu lösen. Soweit die Familienplanung ein medizinisches Problem ist, kommen schon heute die Krankenkassen für die entsprechende ärztliche Betreuung und für die Medikamente auf. Es braucht dazu keine besondere Erwähnung in der Bundesverfassung. Soweit aber die Familienplanung ein soziologisches, ein ethisches und ein bevölkerungspolitisches Problem ist, kann es nicht Sache der Kranken- und Unfallversicherung sein, all diese Fragen zu lösen. Es gibt eine Reihe von familienpolitischen Postulaten, die man nicht mit der Krankenkasse verkoppeln kann. Mit gleichem Recht könnte man dann verlangen, dass man auch andere Anliegen, die am Rande mit dem Menschen und seiner Gesundheit zu tun haben, wie zum Beispiel die Eheberatung und die Ehevorbereitung, die Ehevermittlung oder der Lebenskundeunterricht an den Schulen, alles sehr verdienstvolle und nötige Tätigkeiten, der Kranken- und Unfallversicherung anhängen würde. Es wäre dann nur noch festzulegen, ob es sich eigentlich bei der Ehe und bei der Familienplanung um eine Krankheit oder um einen Unfall handelt. Die rein medizinischen Aspekte der Familienplanung sind bereits heute durch die Krankenversicherung gedeckt. Was über diese rein medizinische Seite des Problems hinausgeht, gehört nicht in den Zusammenhang der Krankenkassen und der Kranken- und Unfallversicherungen. Es ist auch festzuhalten, dass die Frage finanziell nicht abgeklärt ist. Es ist unbekannt, wieviel der ganze Aufbau der Familienplanung kosten würde und wie gross die Belastung der Krankenkasse dadurch würde. Wir würden auch eine Differenz zum Ständerat schaffen, die wohl kaum überbrückt werden könnte.

Das Anliegen der Familienplanung an sich, vor allem auch die Errichtung von Familienberatungsstellen, ist ein sehr berechtigtes Anliegen, aber es soll in anderem Zusammenhang gelöst werden.

M. Forel: Il me semble que, dans le texte allemand, il n'y a pas de différence entre le planning familial et le contrôle des naissances. Donc en me ralliant, à titre personnel, à la proposition que viennent de nous faire et M. Naegeli et Mme Nanchen, je trouverais nécessaire de remplacer dans le texte français le terme de «planification familiale» par celui de «contrôle des naissances».

En effet, on s'est beaucoup disputé dans la législation vaudoise pour savoir comment on allait appeler le contrôle des naissances ou le planning familial; le terme «planification familiale» me paraît un peu trop restrictif, tandis que «contrôle des naissances» engloberait non seulement le problème des fiancés, non seulement celui des veuves, mais aussi tout le problème des grossesses non désirées. Si ce terme était accepté par la minorité, pour ma part, je voterais avec plaisir cette proposition.

M. Gautier: Je pourrai être très bref car je puis me rallier à peu près entièrement à ce qu'a dit, il y a un instant, Mme Blunschy et, une fois de plus, je vais me trouver et je le regrette, en contradiction avec deux confrères car je ne pense pas que la proposition de la minorité doive être soutenue. Et cela pour toutes sortes de raisons, comme l'a dit Mme Blunschy. Il y a tout d'abord le fait que la planification familiale n'est pas un problème purement médical, c'est un problème sociologique et, Mme Blunschy l'a souligné, un problème personnel et je ne vois pas très bien ce que cela vient faire dans la question de l'assurance-maladie. D'autre part, l'avant-projet du Conseil fédéral concernant l'initiative pour la décriminalisation de l'avortement et qui prévoyait toute une série de mesures de planification familiale laissait le soin aux cantons de les organiser. Il ne faut pas, dans la constitution fédérale, introduire une disposition qui pourrait donner l'impression que c'est la Confédération qui va intervenir dans ce domaine. C'est une affaire à laisser aux cantons, voire aux communes, parce que ce sont des problèmes locaux beaucoup plus que des problèmes de droit. Alors introduire la planification familiale dans l'assurance-maladie ne me paraît pas très logique, l'introduire dans la constitution me semble curieux. Pour toutes ces raisons je préférerais que l'on refuse la proposition de la minorité.

M. Martin, rapporteur: Avant d'aborder cet amendement qui présente certainement de l'intérêt, j'aimerais souligner qu'il y a une petite modification dans le texte français à cet article 2, 2e alinéa. Vous avez sur votre dépliant: «L'assurance-maladie garantit des prestations pour la prophylaxie ainsi que des prestations pour soins et des prestations en espèces en cas de maladie, y compris les affections dentaires.» Si nous regardons sur ce point-là le texte allemand, il porte «mit Einschluss von Zahnerkrankungen». Nous en avons discuté en commission. Nous ne voulions pas tromper ceux qui seront appelés à voter sur cet article; si on dit en français «y compris les affections dentaires», cela laisse entendre qu'elles sont toutes couvertes par l'assurance. Or il est très clair que ce n'est pas le sens du texte allemand. C'est la raison pour laquelle nous avons introduit la petite adjonction «y compris certaines affections dentaires». C'est la traduction qui nous a paru la plus adéquate. Je répète qu'il s'agit là essentiellement d'une modification rédactionnelle qui ne concerne que le texte français.

Pour revenir à l'amendement Naegeli, nous en avons discuté en commission. M. Naegeli a motivé sa proposition qui présente certainement de l'intérêt, cela ne fait pas de doute. Cette proposition a été finalement rejetée par la voix prépondérante du président: 11 à 11 et le président a départagé. Si je me suis prononcé contre cette proposition, c'est qu'il me paraît d'abord que, dans une loi qui vise à modifier un article constitutionnel sur

l'assurance-maladie, la notion de planification familiale n'est pas tellement à sa place. Il conviendrait de la mettre dans une disposition constitutionnelle sur la famille, par exemple, ou dans une disposition s'insérant dans une loi spéciale. Il ne faut pas alourdir la constitution de notions qui ne sont pas indispensables dans un cas comme celui-là. Cet article 2 prévoit également ceci: «L'assurance-maladie garantit des prestations en cas de maladie, en cas de maternité.» La notion de planification familiale a été définie par notre collègue Naegeli de la façon la plus large, tout à l'heure, mais vous avez entendu le Dr Forel dire que, dans le texte français, l'idée de planification familiale, telle qu'elle est définie, le choquait un peu; il propose une autre rédaction qui serait «le contrôle des naissances», mais il n'a pas fait de proposition ferme à ce sujet. Il me semble que l'idée exposée par notre collègue Naegeli peut être comprise dans les notions générales de maladie et de maternité et qu'au moment où l'on discutera la loi, cette notion, qui me paraît devoir être retenue, doit être alors précisée d'une façon beaucoup plus claire pour dire ce que l'on veut faire ou ce que l'on ne veut pas faire dans ce domaine-là avec la loi sur l'assurance-maladie. C'est la raison pour laquelle je vous invite à repousser la proposition Naegeli et à vous en tenir au texte de la majorité.

Trottmann: Berichterstatteur der Mehrheit: Die Kommission folgt auch bei diesem Artikel dem Ständerat, wobei der Text gegenüber der Fassung des Bundesrates lediglich in redaktioneller Art verändert wurde. Der vorliegende Minderheitsantrag Naegeli wurde in der Kommission mit 12 zu 11 Stimmen verworfen. Kollege Naegeli beantragt Ihnen, zwischen den Zahnerkrankungen und der Mutterschaft die Familienplanung in den Verfassungstext einzuschieben. Nach der Auffassung der Mehrheit der Kommission ist jedoch auf eine solche Erweiterung der Zweckbestimmungen bei der Krankenversicherung zu verzichten. Je mehr Einzelheiten der Krankenversicherung verfassungsmässig definiert werden, desto grösser sind die Schwierigkeiten nachher bei der Gesetzgebung. Der geltende Verfassungstext kennt überhaupt keine Zweckbestimmung, weshalb die Ausgestaltung der Krankenversicherung auch keine Schranken zu überwinden hatte. Wir müssen weiter darauf achten, dass Krankenversicherung und Familienplanung keine gemeinsamen Ziele aufweisen und daher auch nicht im gleichen Verfassungsartikel stehen können. Mit der Mehrheit der Kommission empfehle ich Ihnen, den Minderheitsantrag abzulehnen.

Bundesrat Tschudi: Auch der Bundesrat kann dem Antrag von Herrn Nationalrat Naegeli nicht zustimmen. Ich darf darauf hinweisen, dass in der sozialdemokratischen Initiative der Gedanke der Familienplanung nicht vorgesehen ist. Der Bundesrat hält dafür, dass im Gegenvorschlag die Materie nicht erweitert werden soll. Das bedeutet nicht, dass der Gedanke der Familienplanung und ihre Wichtigkeit nicht anerkannt werden sollen. Sicher hat aber die Familienplanung keinen direkten Zusammenhang mit der Kranken- und doch wohl auch nicht mit der Unfallversicherung. Die Frage geht eher in der Richtung der Familienschutzgesetzgebung. Dabei bestreite ich nicht, dass einige der von Herrn Nationalrat Dr. Naegeli erwähnten Leistungen und Eingriffe selbstverständlich durch die Krankenversicherung

gedeckt werden müssen, weil es sich um die Behandlung pathologischer Zustände handelt.

Ich möchte aber noch einen anderen Gesichtspunkt erwähnen, nachdem die materiellen Fragen von den Kommissionsreferenten und anderen Diskussionsvotanten klargelegt wurden. Herr Nationalrat Müller-Bern hat uns heute morgen ermahnt, für eine aussichtsreiche Lösung zu sorgen. Ich nehme alle Mahnungen des Präsidenten meiner Fraktion ernst. Er hat gesagt, wir sollen dafür sorgen, dass sich am Schluss nicht ein Scherbenhaufen ergibt, sondern dass wir eine Vorlage präsentieren, die möglichst grosse Chancen in der Volksabstimmung hat. Sie sind mit mir sicher der Ueberzeugung, dass durch die Aufnahme der Familienplanung die Chancen dieser Vorlage, die an sich nicht ohne weiteres als positiv bewertet werden dürfen, nicht vermehrt werden. Auch das scheint mir ein Grund zu sein, dem Antrag von Herrn Nationalrat Naegeli nicht zuzustimmen.

Abstimmung — Vote

Für den Antrag der Mehrheit	78 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	47 Stimmen

Art. 2 Abs. 2 Buchst. a

Antrag der Kommission

Mehrheit

Die Krankenpflegeversicherung wird durch Beiträge der Versicherten, des Bundes und der Kantone finanziert und hat den Versicherten eine angemessene Beteiligung an den Krankheitskosten zu überbinden. Es wird überdies ein allgemeiner Beitrag nach den Regeln der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung erhoben, der zugunsten der gesamten Bevölkerung insbesondere für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung und der Hauspflege sowie für Mutterschaftsleistungen und präventivmedizinische Massnahmen zu verwenden ist; er darf bei Erwerbstätigen 3 Prozent des Erwerbseinkommens nicht übersteigen und wird bei Arbeitnehmern zur Hälfte vom Arbeitgeber übernommen. Bund und Kantone haben dafür zu sorgen, dass sich die wirtschaftlich schwächeren Bevölkerungsgruppen zu tragbaren Bedingungen versichern können. Die Versicherung kann vom Bund oder von den Kantonen allgemein oder für bestimmte Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklärt werden.

Minderheit

(Ribi, Egli, Frey, Gehler, Grünig, König-Zürich, Leutenegger, Naegeli, Röthlin, Thalmann)

... er darf bei Erwerbstätigen 2 Prozent des Erwerbseinkommens nicht übersteigen und wird ...

Minderheit

(Egli, Gehler, König-Zürich, Naegeli, Ribi, Röthlin, Staehelin, Thalmann)

... vom Arbeitgeber übernommen. Ferner ist der Bund ermächtigt, zur Entlastung der Leistungspflichtigen auf gesundheitsgefährdenden Produkten Sondersteuern zu erheben. Bund und Kantone haben dafür zu sorgen ...

Minderheit I

(Wüthrich, Hubacher, Lang, Meizoz, Müller-Bern, Nanchen, Schütz)

Die Krankenpflegeversicherung ist für die ganze Bevölkerung obligatorisch. Sie wird finanziert durch Beiträge nach den Regeln der AHV, des Bundes und der Kantone sowie durch eine angemessene Beteiligung der Versicherten an den Krankenpflegekosten. Die Beiträge des Bundes und der Kantone betragen insgesamt mindestens 20 Prozent, der Anteil der Versicherten höchstens 10 Prozent der Krankenpflegekosten.

Minderheit II

(Jelmini, Primborgne, Staehelin, Trottmann)

Eventualantrag, falls der Antrag der Minderheit I abgelehnt wird

... der gesamten Bevölkerung zu verwenden ist. Dieser Beitrag hat bis zu 50 Prozent der gesamten Krankenpflegekosten zu decken; er wird bei Arbeitnehmern zur Hälfte...

Antrag Letsch

(Fassung Ständerat)

... vom Arbeitgeber übernommen. Zur Entlastung der Beitragspflichtigen und der Kantone sowie zur Mitfinanzierung seines eigenen Anteils erhebt der Bund einen zweckgebundenen Zuschlag zur Warenumsatzsteuer von einem Zehntel der in Artikel 41ter Absatz 3 BV verankerten Steuersätze. Der Bund ist ferner ermächtigt, zu diesem Zweck Sondersteuern auf gesundheitsgefährdenden Produkten zu erheben. Bund und Kantone haben dafür zu sorgen, ...

Antrag Egli

(für den Fall, dass der Minderheitsantrag Ribi abgelehnt wird)

...; er darf bei Erwerbstätigen 3 Prozent des Erwerbseinkommens, die höchstens 45 Prozent der gesamten Krankenpflegekosten zu decken haben, nicht übersteigen und wird bei Arbeitnehmern zur Hälfte vom Arbeitgeber übernommen. ...

Antrag Zwyzgart

(Fassung Minderheit Egli)

..., zur Entlastung der Leistungspflichtigen auf gebrannten Wassern und Raucherwaren Sondersteuern zu erheben. ...

Antrag Schütz

(Fassung Minderheit II)

... Dieser Betrag hat mindestens 50 Prozent der gesamten Krankenpflegekosten zu decken.

Eventualantrag Hubacher

Die Krankenpflegeversicherung ist für die ganze Bevölkerung obligatorisch. Sie wird durch Beiträge der Versicherten ...

... vom Arbeitgeber übernommen. (Rest streichen)

Antrag Alder

(nach Fassung Minderheit Egli)

... auf gesundheitsgefährdenden Produkten, insbesondere auf sämtlichen alkoholischen Getränken, Sondersteuern zu erheben. Bund und Kantone haben dafür zu sorgen, ...

Antrag Mugny

... präventivmedizinische Massnahmen zu verwenden ist. Dieser Beitrag hat mindestens 40, höchstens

jedoch 50 Prozent der gesamten Krankenpflegekosten zu decken; er wird bei Arbeitnehmern zur Hälfte ...

Antrag Aubert

... Es wird überdies ein allgemeiner, nach dem Einkommen bemessener Beitrag erhoben, der zugunsten der gesamten Bevölkerung zu verwenden ist. Dieser Beitrag hat ... (Rest nach Antrag Mugny)

Art. 2 al. 2 let. a

Proposition de la commission

Majorité

L'assurance des soins médico-pharmaceutiques est financée par les cotisations des assurés et par les contributions de la Confédération et des cantons; une participation appropriée aux frais de maladie doit être exigée des assurés. Il est, en outre, perçu une cotisation générale, selon les règles de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité qui doit être utilisée en faveur de toute la population, en particulier en vue de réduire le coût du traitement hospitalier et des soins à domicile, de même que pour les prestations en cas de maternité et pour les mesures de médecine préventive; elle ne doit pas, pour les salariés et les personnes de condition indépendante, excéder 3 pour cent du revenu de l'activité lucrative, l'employeur prenant en charge la moitié des cotisations des salariés. La Confédération et les cantons doivent veiller à ce que les catégories de la population à ressources modestes puissent s'assurer à des conditions raisonnables. L'assurance peut être déclarée obligatoire par la Confédération ou les cantons, en général ou pour des catégories déterminées de la population.

Minorité

(Ribi, Egli, Frey, Gehler, Grünig, König-Zurich, Leutenegger, Naegeli, Röthlin, Thalmann)

..., excéder 2 pour cent...

Minorité

(Egli, Gehler, König-Zurich, Naegeli, Ribi, Röthlin, Staehelin, Thalmann)

... cotisations des salariés. En outre, la Confédération peut, pour décharger les personnes tenues à contribution, prélever des impôts spéciaux sur les produits nuisibles à la santé. La Confédération et les cantons...

Minorité I

(Wüthrich, Hubacher, Lang, Meizoz, Müller-Berne, Nanchen, Schütz)

L'assurance des soins médico-pharmaceutiques est obligatoire pour l'ensemble de la population. Elle est financée par les cotisations des assurés prélevées selon les règles de l'assurance-vieillesse et survivants, par les contributions de la Confédération et des cantons et par une participation appropriée des assurés aux frais médico-pharmaceutiques. Les contributions de la Confédération et des cantons s'élèvent, ensemble, à 20 pour cent au moins des frais médico-pharmaceutiques et la participation des assurés au plus à 10 pour cent de ces frais.

Minorité II

(Jelmini, Primborgne, Staehelin, Trottmann)

Proposition éventuelle en cas de rejet de la proposition de la minorité I

... toute la population. Cette cotisation doit couvrir jusqu'à 50 pour cent de l'ensemble des frais médico-pharmaceutiques; l'employeur prend en charge la moitié...

Proposition Letsch

(Libellé du Conseil des Etats)

... cotisations des salariés. Pour réduire la charge des personnes tenues à contribution et faciliter le financement de sa propre part, la Confédération perçoit, à titre de supplément à affectation spéciale de l'impôt sur le chiffre d'affaires, un montant d'un dixième des taux fixés à l'article 42ter, 3e alinéa, de la constitution. Elle peut en outre percevoir aux mêmes fins des impôts spéciaux sur les produits nuisibles à la santé. La Confédération et les cantons...

Proposition Egli

(Pour le cas où la proposition minoritaire Ribí serait rejetée)

..., excéder 3 pour cent du revenu de l'activité lucrative ni couvrir plus de 45 pour cent de l'ensemble des frais médico-pharmaceutiques. L'employeur prend à sa charge la moitié des cotisations des salariés...

Proposition Zwygart

(Libellé de la minorité Egli)

..., prélever des impôts spéciaux sur les alcools et les tabacs. La Confédération et les cantons...

Proposition Schütz

(Libellé de la minorité II)

... Cette cotisation doit couvrir au moins 50 pour cent de l'ensemble des frais médico-pharmaceutiques; ...

Proposition subsidiaire Hubacher

L'assurance des soins médico-pharmaceutiques est obligatoire pour tous. Elle est financée par les cotisations des assurés...

... l'employeur prenant en charge la moitié des cotisations des salariés. (Biffer le reste)

Proposition Alder

(Libellé de la minorité Egli)

... produits nuisibles à la santé et en particulier sur toutes les boissons alcooliques. La Confédération et les cantons...

Proposition Mugny

... et pour les mesures de médecine préventive. Cette cotisation doit couvrir au minimum 40 pour cent et au maximum 50 pour cent de l'ensemble des frais médico-pharmaceutiques. L'employeur prend en charge la moitié...

Proposition Aubert

... Il est, en outre, perçu une cotisation générale, à proportion du revenu, qui doit être utilisée en faveur de toute la population. Cette cotisation doit... (Le reste selon la proposition Mugny)

Frau Ribí, Berichterstatterin der Minderheit: Gestatten Sie mir einleitend, bevor ich meinen Minderheitsantrag begründe, einige Bemerkungen zur Differenz zwischen der Formulierung des Ständerates und der Mehrheit der Kommission des Nationalrates.

Wenn wir schon bessere Verhältnisse in unserem Gesundheitswesen schaffen wollen, wenn uns wirklich

darin liegt, die Heilanstaltskosten zu senken, dann müssen wir auf die Hauspflege grösstes Gewicht legen und ihr auch die nötige finanzielle Unterstützung gewähren. Sie kommt uns nämlich um ein Mehrfaches billiger zu stehen als die Krankenpflege im Spital und ist auch für den Patienten die bessere Lösung. Ein Spitaltag kostet nachgewiesenermassen das Drei- bis Vierfache der Behandlung zuhause, auch wenn man die Kosten einer vollamtlichen Hauspflege von 60 bis 70 Franken pro Tag dazurechnet. Zu lange und zu häufige Spitalaufenthalte hemmen auch die Rehabilitation, die Wiedereingliederung ins Alltags- und Berufsleben. Auf lange Sicht ist aber auch das Verhüten und Vorbeugen von Krankheiten die beste entlastende Massnahme. Es ist unglaublich, wie wenig Unterstützung die Präventivmedizin von Staates wegen und auch von seiten der Krankenkassen bisher erhalten hat. Sehr viel vorbildlicher ist hier die Unfallversicherung. Sie hat die Unfallprophylaxe in ihre Pflichtleistungen respektive die Pflichtleistungen der Betriebsinhaber aufgenommen. Diese Ueberlegungen veranlassten mich, in der Kommission vorzuschlagen, es möchten sowohl die Hauspflege wie die Präventivmedizin gleich behandelt werden wie die Heilanstaltsbehandlung, also auch in den Genuss der Verbilligung durch Sonderbeiträge respektive Lohnprozente kommen. Damit dies auch wirklich geschieht, müssen beide Kategorien im Verfassungsartikel aufgeführt werden; sonst werden alle Mittel, trotz dem Wort «insbesondere», in die Spitäler fliessen.

Es ist inzwischen einige Kritik laut geworden, man habe den obligatorischen Beitrag an die Krankenpflegeversicherung über die Lohnprozente, den der Ständerat «insbesondere für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung» verwenden wollte, wieder aufgefächert. Das trifft tatsächlich zu. Es soll damit aber gerade das Ziel erreicht werden, dass sich der Ständerat und im übrigen auch der Bundesrat gesetzt haben: Verbilligung der schweren Krankheitsrisiken für den einzelnen. Nur wenn es uns gelingt, alle Massnahmen einzusetzen, die zu einer Entlastung der Spitäler führen, können wir unsere Krankenversicherungskosten senken und die Mittel gleichzeitig sinnvoller einsetzen. Man hat uns immer wieder vorgerechnet, die 2 Lohnprozente würden ohnehin nicht ausreichen. Nur ein kurzes Wort zu den Grössenordnungen: 2 Lohnprozente machen jährlich rund 1,8 bis 1,9 Milliarden aus; dabei handelt es sich um die für 1976 errechneten Zahlen. Wäre es nun nicht sinnvoll, dass davon beispielsweise ein einziges Prozent für die Verhütung und Vorbeugung von Krankheiten, also für die Präventivmedizin, verwendet würde? Ein Prozent dieser 2 Lohnprozente macht 18 Millionen im Jahr aus. Dafür könnte sehr viel Nützliches und Kostensparendes getan werden.

Ich komme nun zur Begründung meines Minderheitsantrages. Ich beantrage Ihnen, auf die ständerätliche Fassung zurückzukommen und die Lohnprozente auf 2 Prozent, statt auf 3 Prozent, zu beschränken. Aus der Formulierung des Absatzes 2a sehen Sie, dass dieser allgemeine Beitrag gezielt für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlungen und der Hauspflege sowie für Mutterschaftsleistungen und präventivmedizinische Massnahmen zu verwenden ist. Ich bin mir durchaus bewusst, dass bei der gegenwärtigen Explosion der Spitalkosten 2 Lohnprozente nicht voll zu deren Deckung ausreichen, wie immer wieder argumentiert wird. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass wir von Verbilli-

gung und nicht von Kostendeckung sprechen. Die von einer Mehrheit in der Kommission geforderten 3 Lohnprozent dürften sich auf ungefähr 2,7 Milliarden belaufen, der geschätzte Gesamtaufwand für die Heilanstaltsbehandlung jedoch auf 2,4 Milliarden. Er wäre also mehr als gedeckt. Zweifellos liegt darin die grosse Gefahr, dass man die Ausgaben wieder einmal mehr den Einnahmen angleicht und zum voraus auf eine Kostenbremung verzichtet. Die Spitaldefizite waren bisher Sache der Kantone. Würden in Zukunft die vollen Heilanstaltskosten mit diesen allgemeinen Beiträgen aus den Lohnprozenten berappt, dann ginge auch für die Kantone der Anreiz zu sparsamer Spitalplanung und Spitalführung verloren. Es dürfte nämlich eine geraume Zeit verstreichen, bis die in Aussicht genommene gesamtschweizerische Spitalplanung wirksam wird und eine nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten bessere Verteilung und Grössenordnung der Spitäler erfolgt. Ich kann auch nicht einsehen, warum die lohnprozentualen Beiträge die Kosten für die Heilanstaltsbehandlung voll decken sollten. Folge davon wäre nämlich wiederum eine Sonderbegünstigung der Heilanstaltsbehandlung. Gerade dies wollte man ja vermeiden, um den Spitalaufenthalt nicht noch attraktiver zu gestalten und die Kostenexplosion in den Spitälern nicht weiter zu fördern. Es ist selbstverständlich, dass in der nachfolgenden Gesetzgebung Vorkehren zur Begünstigung des langen und kostspieligen Aufenthaltes Schwerverkrankter getroffen werden müssen. Für diese Patienten ist in erster Linie die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung gedacht, nicht für jeden Krankenhausaufenthalt schlechthin. Ich glaube, es wäre nicht gerade angemessen, beispielsweise jede Abmagerungskur oder kosmetische Operation, die in einem Krankenhaus durchgeführt wird, voll mit den allgemeinen lohnprozentualen Beiträgen zu decken. Rund 70 bis 75 Prozent des Spitalaufwandes sind heute Lohnkosten. Auf dem Lohnsektor bestand lange Zeit ein grosser Nachholbedarf. Das Personal der Krankenhäuser war schlecht entlohnt. Mit dem starken Rückgang des Pflegepersonals aus Ordens- und Mutterhäusern stiegen die Lohnkosten noch um ein weiteres. Heute dürfen sich die Löhne in den Spitälern durchaus sehen und mit anderen Berufszweigen vergleichen lassen. Nötig wäre aber auf diesem Sektor eine gesamtschweizerische Harmonisierung. Es sollte nicht vorkommen, dass eine Krankenschwester, welche die Stelle von Zürich nach Aarau wechselt, dort, in Aarau, für die gleiche Arbeit 200 bis 300 Franken pro Monat mehr erhält. Die Kostenbremung im Spital ist möglich, wobei ihre Ansatzpunkte in den verschiedensten Bereichen liegen. Die Probleme sind nicht allein über die Krankenversicherung zu lösen. Wichtigste Voraussetzung ist, dass nur ins Spital kommt, wer wirklich Spitalbehandlung braucht, keine überbordende Krankenhausmedizin betrieben wird und jeder in einer seiner eigenen wirtschaftlichen Lage angemessenen Weise an die Kosten beiträgt. Heute weiss fast jedermann, wieviel er für sein Auto ausgeben kann und will; wieviel er für seine Gesundheit einsetzen will, weiss er nicht. Mit immer grösseren Solidaritätsbeiträgen untergraben wir die Selbstverantwortung mehr und mehr. Ich ersuche Sie deshalb, dem Minderheitsantrag zuzustimmen.

Wüthrich, Berichterstatter der Minderheit I: Der Vorschlag der Minderheit I zu Buchstabe a wurde in der Kommission mit 12:9 Stimmen verworfen. Er lehnt sich an die Initiative der Sozialdemokratischen Partei an

und beinhaltet ohne jede Spezifikation die Heilanstaltsbehandlung, die ambulante Behandlung, die Mutterschaft sowie auch die Präventivmedizin. Er will die wesentlichsten vier Grundsätze verankern: erstens das Versicherungsobligatorium für das ganze Volk, zweitens die Vollfinanzierung durch Lohnprozente nach den Regeln der AHV, ergänzt durch Beiträge von Bund und Kantonen, drittens die Beteiligung der Versicherten an den Krankenpflegekosten, viertens die Kostenaufteilung auf die verschiedenen Kostenträger durch Prämien der Versicherten und Arbeitgeber nach AHV-Regel, Beiträge des Bundes und der Kantone sowie schliesslich die Kostenbeteiligung der Versicherten an den Krankenpflegekosten.

Zu Punkt 1 kurz folgendes: Das Versicherungsobligatorium wird gerne bagatellisiert. Es trifft zwar zu, dass nach der Statistik von 1971, der letzten uns bekannten, die Versicherungsdichte in der Krankenpflegeversicherung 92 Prozent betrug; sie mag bis heute auf etwa 93 Prozent angestiegen sein, was optisch — zugegebenermassen — fast einem Obligatorium entspricht. In diesem Zusammenhang sind jedoch zwei Fragen ausserordentlich wichtig.

Die erste Frage: Wer ist nicht versichert? Und die zweite Frage: Wie sind die 93 Prozent versichert? Zur ersten Frage ist zu bemerken, dass es nicht, wie immer wieder behauptet wird, die oberen Zehntausend sind, die nicht versichert sind, sondern es sind grosse Familien, Bauern und alte Leute. Warum sind diese nicht versichert? Weil das heute geltende Versicherungssystem, das fast ausschliesslich auf dem Prinzip der Gegenseitigkeit beruht, für die grossen Familien finanziell untragbar ist. Die Belastung der Grossfamilie beträgt dadurch nicht selten ein Mehrfaches derjenigen der Alleinstehenden. Beim heutigen Pro-Kopf-Prämiensystem, das noch zur Hauptsache angewendet wird — es gibt zwar Kollektivversicherungen, die bereits mit Lohnprozenten operieren —, kann die Belastung bei geringem Einkommen, und auf dem Lande trifft man das noch an, 15 und mehr Lohnprozente betragen, also eine Streuung im Verhältnis von 1:4. Ganz ähnlich ist es bei den Klein- und Bergbauern, wobei hier noch dazukommt, dass das Versicherungsbewusstsein weniger verankert ist als bei der industriellen und gewerblichen Arbeitnehmerschaft. Bei den alten Leuten schliesslich rächt sich nun das frühere Fehlen des Obligatoriums. Wer nicht bereits versichert war, der kann sich wegen der Vorbehalte und Aufnahmebegrenzungen im vorgerückten Alter nicht mehr versichern.

Zur zweiten Frage: Wie sind diese 93 Prozent versichert? Nur ganz kurz: Sie wissen, dass die heutige Krankenversicherung zwei Ebenen hat: die allgemeine Versicherung und die Spitalversicherung. Weil die Allgemeinversicherung ungenügend war, haben die Krankenkassen Spitalzusatzversicherungen einführen müssen, und wir stellen fest, dass von den 93 Prozent Versicherten nur etwa 30 Prozent diese Spitalzusatzversicherung besitzen.

Bei einem Obligatorium würde diese Lücke geschlossen. Das Obligatorium verpflichtet andererseits die Versicherungsträger zur Aufnahme aller in ihre Versicherung, ungeachtet ihres Alters und unter Weglassung von Versicherungsvorbehalten. Wir erreichen damit analog der AHV eine horizontale Solidarität über das ganze Volk.

Zum Punkt 2: Die lohnprozentualen Beiträge führen auch zu einer vertikalen Solidarität oder, wenn Sie so wollen, zu einer Vollsolidarität, und zwar zwischen den Gross- und Kleinverdienern, zwischen Mann und Frau — es ist Ihnen bekannt, dass die Frauenprämien nach heutiger Gesetzgebung noch 10 Prozent höher sein dürfen als die Männerprämien —, dann die Solidarität zwischen Alleinstehenden und Familien, die Solidarität zwischen jung und alt und schliesslich zwischen den unterschiedlichen Branchenrisiken. Die Lohnprozente nach AHV-Regeln bringen die absolute Solidarität aller, sie entsprechen also der Ideallösung für unsere Eidgenossenschaft, die da lautet: Alle für einen, einen für alle — ein Bekenntnis, das man nicht nur am 1. August in Erinnerung rufen sollte, ein Bekenntnis, das man gerade im Zusammenhang mit der Sozialversicherung in die Tat umsetzen könnte.

Zum Punkt 3: Die Beteiligung der Versicherten an den Krankenpflegekosten war nie grundsätzlich bestritten; sie soll sich jedoch in einem angemessenen Rahmen halten. Dadurch wird allerdings die genannte Vollsolidarität, die über die Lohnprozente entsteht, wieder etwas verwässert, da der Familienvater für mehrere Selbstbehalte oder Kostenbeteiligungen aufzukommen hat, im Gegensatz zum Alleinstehenden.

Zu Punkt 4: In diesem Grundsatz soll die Kostenaufteilung festgehalten werden. Die öffentliche Hand soll wenigstens 20 Prozent aufbringen, und die Kostenbeteiligung der Versicherten darf höchstens 10 Prozent betragen. Nach den Tabellen des Bundesamtes für Sozialversicherung ist der gegenwärtige Stand folgender: öffentliche Hand 21,2 Prozent, Kostenbeteiligung der Versicherten 7,8 Prozent im Durchschnitt. Mein Vorschlag bedeutet also konkret folgende Verteilung: a. Arbeitnehmer 45 Prozent, d. h. 35 Prozent Prämien und 10 Prozent Kostenbeteiligung; b. Arbeitgeber 35 Prozent und c. öffentliche Hand (Bund und Kantone) 20 Prozent.

Und nun ganz kurz zu einigen Einwänden: Die Frage der volkswirtschaftlichen Tragbarkeit wurde gestern beim Eintreten bereits behandelt. Die Gegner des Obligatoriums und der Lohnprozente behaupten, das Konzept der Initiative sei volkswirtschaftlich nicht tragbar. Kollege Egli hat gesagt, man dürfe auch bei der Sozialversicherung nicht über die Verhältnisse leben. Die Kosten für Spitalbehandlung, ambulante Behandlung und Taggelder, d. h. Lohnersatzleistungen, fallen an — ich habe das gestern bereits gesagt —, ob eine Versicherung besteht oder nicht. Sie müssen so oder anders von unserer Volkswirtschaft verkraftet werden, denn alles, was wir auf diesem Sektor ausgeben, muss die Volkswirtschaft vorher zuerst erarbeiten, unbekümmert darum, wer es bezahlt.

Zweiter Punkt: Kostendämpfung durch fakultative Versicherung mit Kopfbeiträgen und möglichst hoher Kostenbeteiligung der Versicherten. Dazu ist zu bemerken, dass die heute beklagte Kostenexplosion gerade unter dem fakultativen Prämiensystem, also dem System mit Kopfbeiträgen, entstanden ist. Wir hätten also keine Ursache, diese Kopfbeiträge weiterzuführen. Die Kostenexplosion ist unbestrittenermassen insbesondere bei der Spitalbehandlung festzustellen, auf die der Versicherte ja überhaupt keinen Einfluss nehmen kann.

Ein dritter Punkt: Die Arbeitnehmerschaft sei kaum bereit — dies wurde auch in der Kommission gesagt —, die erforderlichen Lohnprozente zu bezahlen. Das ist

und bleibt für mich so lange eine leere Behauptung, bis der Gegenbeweis erbracht wird. Einmal ist zu sagen, dass nach dem Kopfprämiensystem der Verheiratete heute mit Abstand mehr bezahlt als er nach den AHV-Regeln zahlen müsste. Ich habe gesagt: das kann bei grossen Familien mit kleinem Einkommen bis auf 15 und mehr Prozent gehen. Zum anderen besagen die Meinungsäusserungen in Gewerkschaftskreisen genau das Gegenteil des Behaupteten.

Eine vierte Gruppe von Einwänden: Welche Rolle — das ist namentlich die Sorge des Konkordates schweizerischer Krankenkassen — haben dann die Krankenversicherungen noch zu spielen? Werden sie nicht zu Zahlstellen des Systems abgewertet? Hier drängt sich die Gegenfrage auf: Was sind sie denn heute? Sie sind heute Inkassostellen und Zahlstellen. Ich sage Ihnen warum: Nach der Initiative und dem Minderheitsvorschlag fällt der Beitragseinzug weg; er wird über die AHV-Abrechnung automatisiert. Damit fallen auch das Mahnwesen und die Auseinandersetzungen über die Verwirkung des Bezugsrechtes wegen Beitragsrückständen weg. Die Kassen kommen ähnlich wie die Ausgleichskassen der AHV in ein Clearing-Verhältnis zur zentralen Inkassostelle. Sie bleiben also wie bisher Zahlstellen und Betreuer der Versicherten. Was aber wesentlich ist — das möchte ich doppelt unterstreichen, — sie bekommen Spielraum, um die Beziehungen zu den Versicherten und zu den Ärzten zu vertiefen, die Krankheitsverhütungsmassnahmen zu fördern und zu aktivieren und das Instrumentarium der Krankenbesuche auszubauen. Gerade unsere Eintretensdebatte und die Debatte in der Kommission haben ja wieder einmal mehr gezeigt, dass die an der Krankenversicherung Beteiligten zuviel aneinander vorbei reden. Es wäre also sicher von grossem Wert, wenn hier Luft geschaffen würde, um diese Probleme innerhalb der Kassen besser behandeln und betreuen zu können. Auch in der Krankenversicherung können nämlich die Probleme, wie anderenorts, besser miteinander als gegeneinander gelöst werden. Mein Vorschlag, das ist der Vorschlag der Minderheit I, zielt in dieser Richtung, weshalb ich Sie sehr bitte, ihm zuzustimmen.

M. Jelmini: J'ai déjà déclaré en commission que, personnellement, j'ai beaucoup de sympathie pour la proposition de la minorité I et c'est seulement pour le cas où cette proposition tomberait que je motive brièvement la proposition éventuelle de la minorité II.

Cette proposition de financer jusqu'à 50 pour cent la couverture de l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques par les contributions prélevées en pour-cent sur les salaires vise deux buts: il s'agit, d'une part, d'assurer la couverture des risques en faveur de tous les membres de la famille par la seule contribution du père, d'après le système de l'AVS-AI; on atteint par là une compensation des charges plus équitable dans le sens d'une vraie politique familiale. Les cotisations individuelles pourraient être réduites à un taux supportable, ce qui garantirait un certain progrès dans le développement de l'assurance. Ce système de financement pourrait contribuer à freiner l'augmentation des frais de façon plus efficace que celui qui se base seulement sur des cotisations individuelles, ajoutées à une faible contribution prélevée en pour-cent sur les salaires. En fait, tous les participants seraient intéressés à la stabilisation des frais des soins médicaux: les assurés, d'une part, qui assument une partie des charges par les cotisations indi-

viduelles, les contributions prélevées sur les salaires et la participation aux frais; les employeurs, qui participent à la formation des contributions en pour-cent sur les salaires, et les pouvoirs publics, qui sont appelés à fournir une partie du financement, d'autre part.

Un effort combiné plus efficace contre l'augmentation des frais ne paraît pas possible, tandis qu'un prélèvement plus réduit sur les salaires, accompagné de cotisations individuelles trop élevées ou difficilement supportables, n'aurait pas la même efficacité de freinage des coûts de l'assurance. Il est plutôt vraisemblable que l'explosion des frais continuera de façon que les parties économiquement les plus faibles de la population ne pourront guère, dans l'avenir, supporter le coût de l'assurance-maladie.

Mais la répartition que nous proposons du montant global des prélèvements sur les salaires en assure aussi une utilisation plus logique. Tant l'initiative du Parti socialiste que le projet du Conseil fédéral et celui du Conseil des Etats prévoient pour 1976 un total de frais de 6 milliards. D'après la destination établie pour les contributions en pour-cent sur les salaires, en particulier pour le traitement hospitalier, les soins à domicile, les mesures de médecine préventive et les prestations en cas de maternité, il ne resterait pratiquement plus assez de moyens pour atteindre les autres buts et plus spécialement pour réduire le coût des soins ambulatoires.

Ensuite, il convient de rappeler qu'en disposant des contributions de salaires de 2 ou 3 pour cent, les cantons ne voudraient plus se préoccuper des tarifs hospitaliers. Pour alléger leur budget, ils saisiraient plutôt l'occasion — et c'est d'ailleurs compréhensible — d'éliminer les déficits hospitaliers jusqu'à présent comblés par des moyens financiers généraux.

Une telle utilisation des contributions sur les salaires pourrait fatalement conduire à un alourdissement des charges auquel ne correspondrait aucun allègement des contributions individuelles. Il est en outre dangereux d'attribuer des contributions directes aux hôpitaux parce qu'on peut facilement compter, au moins en partie, qu'elles seront destinées à réduire les frais mêmes des séjours hospitaliers indépendants de la maladie, par exemple, des séjours pour cause d'accident. Il va de soi que, dans notre proposition, les cotisations en pour-cent du salaire seraient également utilisées pour l'abaissement de la charge des frais médicaux généraux, ce qui constitue le caractère particulier de cette proposition que je vous prie d'accepter.

M. Martin: A cet article 2, 2e alinéa, lettre a, vous avez une proposition dite de majorité, où l'on vous dit: «Il est en outre perçu...» Les mots «en outre» ont été ajoutés et je tiens à préciser que cette adjonction a été acceptée à l'unanimité.

Mais l'alinéa continue: «Il est en outre perçu une cotisation générale selon les règles de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité qui doit être utilisée en faveur de toute la population, en particulier en vue de réduire le coût du traitement hospitalier et des soins à domicile, de même que pour les prestations en cas de maternité et pour les mesures de médecine préventive.» Le texte à partir de «toute la population...» est une nouvelle proposition de majorité et cette adjonction a été acceptée par 21 voix contre 1, donc à la quasi-unanimité, contre le texte du Conseil des Etats. Il y a eu, ensuite, une votation qui opposait le résultat que nous avons obtenu à une proposition de M. Trottmann

qui disait tout simplement: «... serait utilisée en faveur de toute la population». Cette proposition a été, elle, rejetée à une majorité de 14 contre 8.

Dernière précision. Au bas du dépliant, toujours au même article, vous pouvez lire: «L'assurance peut être déclarée obligatoire par la Confédération et les cantons, en général ou pour certaines catégories...» et nous avons ajouté: «... déterminées de population...»; cette proposition a été acceptée à l'unanimité.

Trottmann, Berichterstatter der Mehrheit: Bei den Anträgen der Mehrheit zum Abschnitt a ist darauf zu verweisen, dass das Wort «überdies», «es wird überdies ein allgemeiner Beitrag» usw., von der Kommission einstimmig eingefügt wurde; es hat dies mehr der redaktionellen Klarheit gedient.

Dann ist da der zweite Abschnitt mit der Aufzählung der Zweckbestimmungen, für die der allgemeine Beitrag gemäss den Regeln der AHV zu verwenden sei. Hier hatte der Ständerat lediglich die Heilanstaltsbehandlung vorgesehen, und die Kommission hat mit 16:7 Stimmen die Erweiterung auf die Hauspflege, Mutterchaftsleistungen und präventivmedizinische Massnahmen beschlossen und dann mit 14:8 Stimmen dem so bereinigten Antrag, wie er von Frau Ribli gestellt worden war, den Vorzug gegenüber der Weglassung der einzelnen Zwecke gegeben. In der Gesamtheit wurde dem bereinigten Antrag mit den vier Zweckbestimmungen gegenüber der ständerätlichen Fassung 21:1 Stimme, also praktisch einstimmig, zugestimmt.

Dasselbe trifft zu für den letzten Abschnitt, oder «für bestimmte Bevölkerungsgruppen», wo einer besseren redaktionellen Form gegenüber der Fassung des Ständerates der Vorzug gegeben wurde. Es ist also hinsichtlich der Entscheide, wie sie in der Kommission gefallen sind, in der letzten Ausmarchung praktisch immer Einstimmigkeit gewesen, für «überdies», für die Aufzählung der vier Zweckbestimmungen und «für bestimmte Bevölkerungsgruppen».

Hubacher: Ich vertrete den Eventualantrag, die Krankenversicherung sei für die ganze Bevölkerung obligatorisch zu erklären, und zwar unabhängig von jeglichem Finanzierungssystem. Dazu zwei bis drei Bemerkungen:

Die heutige Lage sieht wie folgt aus: 14 Kantone haben für bestimmte Bevölkerungsschichten das Obligatorium eingeführt, und einige dieser Kantone ermächtigen überdies die Gemeinden, weitere Personenkategorien der Versicherungspflicht zu unterstellen. Sechs Kantone haben die Kompetenz zur Einführung des Obligatoriums vollumfänglich an die Gemeinden delegiert, und weitere fünf Kantone kennen weder auf kantonaler noch auf kommunaler Ebene ein Obligatorium.

Es ist schon mehrfach erklärt worden, man schätze, rund 95 Prozent der Bevölkerung seien ohnehin freiwillig oder gestützt auf kantonale Kompetenzvorschriften bereits obligatorisch versichert, so dass die Frage des Obligatoriums praktisch überhaupt keine Rolle mehr spiele. Untersuchungen haben aber gezeigt, dass man sich auch überlegen muss, wie diese 95 Prozent zusammengesetzt sind. Da dürfte es sich so verhalten, dass beispielsweise in den mittleren Bevölkerungsschichten, altersmässig gesehen, wahrscheinlich die beste Versicherungsdichte vorliegt, während bei den älteren Menschen und auch bei den jüngeren der Versicherungsgrad schlechter ist. Man sollte also nicht dem Irrtum erliegen, 90 bis 95 Prozent aller Bevölkerungsklassen seien versichert.

In der heutigen Ausgabe des «Bund» steht ein Artikel von Herrn Dr. Kilian Bohner, Generaldirektor der Schweizerischen Grütli-Krankenkasse. Herr Dr. Bohner ist offensichtlich kein Freund des Obligatoriums, was mich einigermassen erstaunt. Er ist Krankenkassenfachmann, hat den Ist-Zustand festgehalten und erklärt, die Beschlüsse des Ständerates hätten zur Folge, dass zwar de jure das Obligatorium abgelehnt worden sei, faktisch bestehe es aber, und zwar im Leistungsobligatorium mit der lohnprozentualen Finanzierung, was zu einem Anspruchsbegünstigung führe. Ich frage mich, weshalb man nicht eine saubere, verfassungsmässig einwandfreie Vorschrift aufnehmen soll, weshalb wir so tun, als ob das Obligatorium eine ideologische Frage sei, die man je nach dem politischen Standpunkt und Standort zu befürworten oder abzulehnen habe. Der Bundesrat selber schreibt ja auf Seite 20 seiner Botschaft, das Bundesobligatorium hätte den unbestreitbaren Vorteil, dass die heute bestehenden Altersgrenzen und Versicherungsvorbehalte aufgehoben werden könnten, und es wird dann ziemlich ausführlich das Bundesobligatorium als effektiv beste Lösung dargestellt. Man hat aber offensichtlich aus politischen oder opportunistischen Gründen darauf verzichten müssen. Ich meine, wir sollten uns in dieser Frage keinen «Religionskrieg» liefern. Es ist gar nicht allzu schwer, von praktisch allen massgeblichen Parteien Zitate zugunsten des Obligatoriums vorzulegen. Beispielsweise das Parteiprogramm der Freisinnigen Partei der Schweiz des Jahres 1971, das unter den Titel «Für eine humane Schweiz» gestellt worden ist, hat ganz kühn in seinem Wortlaut unter dem Kapitel «Gesundheitspolitik» das Versicherungsobligatorium erwähnt. Oder es gibt einen Artikel des Pressedienstes der Christlichdemokratischen Volkspartei vom Juni 1973, in dem ganz offiziell gemäss Parteiprogramm der CVP effektiv nur das Obligatorium als die einzig richtige Lösung dargestellt wird. Es wird dort darauf hingewiesen, die bisherige Freiwilligkeit sei auch nur eine Pseudofreiwilligkeit, und sie habe uns diese enorme Kostenexplosion verursacht. Auch damit ist doch eindeutig nachgewiesen, dass die Kostenexplosion keine Frage des Obligatoriums oder des Nichtobligatoriums ist. Bei den Hearings in der Kommission haben uns gewisse Vertreter der Aerzte klarmachen wollen, das Obligatorium würde die Kosteninflation noch vermehrt fördern und schüren. Umgekehrt haben Kassenvertreter dargelegt, dass das Obligatorium den Krankenkassen administrativ nur Vorteile bringen könnte.

Es gibt noch andere Stimmen, die einem Obligatorium das Wort reden, so «Pro Familia», die Regierung des Kantons Basel-Stadt, die immerhin mehrheitlich bürgerlich ist, und der Kanton Graubünden, der meines Wissens auch keinen roten Fleck in der Schweiz darstellt. Dort kennt man das Obligatorium aus reinen Zweckgründen.

Ich bitte Sie also, aus diesen Ueberlegungen dem Obligatorium zuzustimmen und damit einen fast bestehenden Zustand in eine saubere Rechtslage und Gesetzgebung überzuführen.

Eine letzte Bemerkung: Schaffen wir kein Obligatorium — das hat Herr Wüthrich einmal in einem Artikel in der Metallarbeiterzeitung dargelegt —, dann schaffen wir eine Konkurrenz zwischen der Spitalversicherung, die ja obligatorisch sein wird, und der ambulanten Behandlung, die wir dem freiwilligen Sektor überlassen möchten, und verstärken damit unter Umständen den Trend in Richtung Spitalbehandlung, weil dort die Behandlungskosten auf jeden Fall bezahlt würden. Ich

meine, wir sollten uns diesen inneren «Schups», wenn ich so sagen darf, geben, indem wir das Obligatorium in die Verfassung aufnehmen. Dann haben wir eine saubere Lösung.

Schütz: Im Zusammenhang mit dem Antrag der Minderheit II, welcher von meinem Vorredner begründet worden ist, stelle ich meinerseits einen Antrag. Es ist grundsätzlich richtig, die Höhe der Beiträge an Krankenpflege und Spitäler zum Teil festzulegen. Der Antrag der Minderheit II erwähnt aber nur einen Höchstansatz von 50 Prozent ohne eine minimale Limite, welche man ebenfalls einbauen sollte. Nehmen wir den Antrag der Minderheit II an — höchstens 50 Prozent —, so kann man praktisch auch auf 10 Prozent oder 20 Prozent hinuntergehen. Das möchte ich verhindern. Deshalb spricht mein Antrag nicht von höchstens, sondern von mindestens 50 Prozent der Krankenpflegekosten.

Heute morgen hat Herr Mugny einen Antrag ausgeteilt, welcher mindestens 40 Prozent, höchstens jedoch 50 Prozent vorsieht. Er begrenzt also die Höchstlimite und legt zugleich fest, dass mindestens 40 Prozent ausbezahlt werden sollten. Herr Mugny fordert eine Minimallimite von 40 Prozent, ich von 50 Prozent; darin besteht der Unterschied zwischen unseren beiden Anträgen. Ich will das komplizierte Abstimmungsverfahren etwas vereinfachen und unseren guten Willen beweisen, damit eine befriedigende Einigungsformel gefunden werden kann. Ich ziehe also meinen Antrag zurück, bitte Sie aber, dem Antrag Mugny zuzustimmen.

M. Mugny: Je remercie d'abord notre collègue M. Schütz qui vient de retirer sa proposition au profit de celle que j'ai déposée ce matin.

La proposition que j'ai maintenant l'honneur de défendre devant vous a pour but de rechercher une formule sur laquelle j'espère que le Parlement pourra se mettre d'accord.

Je rappelle que les cotisations pour l'assurance des frais médico-pharmaceutiques et hospitaliers seront divisées en trois parts. Il y a la cotisation générale, dont on parle maintenant, qui sera prélevée selon la formule de l'AVS; deuxièmement, les cotisations de l'assuré, les cotisations individuelles, et ensuite bien sûr les contributions des pouvoirs publics. Le Conseil des Etats a cherché à limiter cette contribution que l'on appelle la cotisation générale, celle qui est prélevée en pourcentage comme le souhaitait l'initiative socialiste. Il propose de la fixer à 2 pour cent dans la constitution. Votre commission, vous le savez, a proposé, à la majorité, d'aller à 3 pour cent. Je suis d'avis que ces pourcentages ne doivent pas être inscrits dans la constitution. Ma proposition est donc non pas de fixer les cotisations en pourcentage mais de prévoir la part de la cotisation générale dans le total des frais de médecin, de pharmacie et d'hospitalisation et de maintenir une certaine souplesse, en prescrivant 50 pour cent au maximum et 40 pour cent au minimum. Si bien qu'on arrive en fait, en ce qui concerne le pourcentage des cotisations de la partie générale, à une cotisation sensiblement égale à celle que propose la majorité, soit entre 2,5 et 3 pour cent. Nous obtenons donc les mêmes ordres de grandeur. Mais nous donnons un certain nombre de garanties à ceux qui, dans ce Conseil, souhaitent que l'on aménage des limites parce qu'ils estiment qu'il ne faut pas aller trop loin dans cette voie; mais en même temps on donne des garanties aussi à ceux qui souhaitent que la participation

de l'économie générale soit relativement importante et déterminée.

J'aimerais insister encore sur quelques points. L'introduction de cotisations perçues par le biais de l'AVS a l'immense avantage de créer une solidarité réelle dans l'ensemble de notre population. Cette solidarité constitue incontestablement, par rapport au système actuel, un progrès que nous devons souhaiter et souligner.

Ce pas vers la solidarité, qui réside dans le fait que ceux qui gagnent plus paient plus puisque la cotisation est fixée en pour-cent des revenus ou des salaires, doit être reconnu comme tel. Mais il doit rester dans une certaine limite pour ne pas trop charger le «bateau». Comme il allège de toute façon les contributions individuelles et en même temps les contributions des pouvoirs publics pour lesquelles il fixe aussi des limites plus souples, je crois que la formule que nous proposons maintenant est de nature à rallier, du moins je le souhaite, la majorité de ce Parlement et peut-être aussi du Conseil des Etats puisque l'on fait un pas dans leur direction. Voilà pourquoi je vous recommande d'accepter cette proposition élaborée par un groupe de nos collègues du Conseil national.

Letsch: Mein Antrag basiert auf den Minderheitsanträgen Ribi und Egli. Er entspringt der Sorge um eine noch ausgewogenere, nicht um eine übermässige Finanzierung der grossen sozialpolitischen Aufgabe, die wir verfassungsmässig ausbauen wollen. Ich will keineswegs mehr Mittel zur Verfügung stellen, als unbedingt nötig sind. Das Anliegen, die Kostenexplosion zu zügeln, bleibt voll gewahrt. Das Ziel meines Antrages besteht vielmehr und in erster Linie darin, die Belastung durch Lohnprozente in engen Grenzen zu halten und ferner, im Zeitalter der leeren Kassen von Bund und Kantonen, Mittel zu erschliessen, welche die Beiträge der öffentlichen Hand mitfinanzieren helfen. Zu diesem Zweck schlage ich einen Zuschlag zur Warenumsatzsteuer von einem Zehntel der in Artikel 41ter der Bundesverfassung verankerten Steuersätze vor. Ich erachte diesen Antrag vor allem aus drei Gründen als vertretbar:

1. Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt, dass der Anteil der Einkommens- und Vermögenssteuern sogar im Bundeshaushalt allein, geschweige denn unter Einbezug der kantonalen und kommunalen Haushalte, sukzessive grösser wird, jener der Verbrauchssteuern entsprechend zurückgeht. Wir dürfen meines Erachtens nicht jede Vorlage isoliert betrachten, sondern müssen uns bei Einzelfragen vermehrt bewusst werden, dass wir heute in der Schweiz einen, sowohl verglichen mit dem Ausland als auch gemessen an den von der Wissenschaft erarbeiteten sogenannten rationalen Steuersystemen, ausgesprochen geringen Anteil der indirekten gegenüber den direkten Steuern am gesamten Steueraufkommen haben. Das Missverhältnis wird noch deutlicher, wenn man die Sozialversicherungsbeiträge, eben die Lohnprozente, miteinbezieht. Auch das sind direkte Steuern. Diese einseitige und massive Verlagerung der Steuerlasten ist für die Wirtschaft und die Kantone, die dadurch in ihrer Bewegungsfreiheit mehr und mehr eingeengt werden, nicht unbedenklich. Lohnprozente drücken vor allem kleine und mittlere arbeitsintensive Betriebe in Landwirtschaft, Gewerbe und Industrie. Sie treffen diese hart und beginnen an deren Substanz zu zehren. Ich trete deshalb aus staats- und steuerpolitischen Erwägungen, aber auch aus volkswirtschaftlichen Gründen dafür ein, dass wir heute wenigstens ein bescheidenes Gegengewicht setzen und zur Mitfinanzierung der Kranken-

versicherung vorweg die Verbrauchssteuern heranziehen. Der Ertrag aus dem zweckgebundenen Zuschlag zur Warenumsatzsteuer in der Grössenordnung von gegen 400 Millionen Franken wird es nicht bloss ermöglichen, bei den Lohnprozenten zurückzuhalten — das ist das Hauptanliegen —, sondern auch die Kantone zu schonen, welche, wie Sie wissen, mit ebenso grossen Schwierigkeiten kämpfen wie der Bund.

2. Der allfällige Einwand, die Warenumsatzsteuer werde voraussichtlich in einigen Jahren durch eine Mehrwertsteuer abgelöst werden, so dass der Zuschlag dann in der Luft hänge, überzeugt nicht. Die Mehrwertsteuer bedarf ohnehin einer Verfassungsgrundlage. Es wird unerlässlich, aber problemlos sein, bei dieser Gelegenheit alle Verfassungsbestimmungen, welche auf die Warenumsatzsteuer Bezug nehmen, entweder zu streichen oder anzupassen. Unsere Juristen haben zweifellos schon schwierigere Fragen mit Erfolg gelöst. Auch der dogmatische Hinweis, eine Zweckfinanzierung widerspreche dem Grundsatz der Universalität oder der sogenannten «Non-Affektation» oder wie die Dinge alle heissen, kann nicht entscheidend sein. Wichtiger als Rechnungsästhetik ist eine sinnvolle Finanzierung.

3. Schliesslich, als drittes Argument, scheint mir ein bedeutsamer Vorteil meines Antrages gegenüber jenem der Minderheit Egli darin zu liegen, dass wir rascher zu den erforderlichen Mitteln gelangen. Ob, wann und wie der Bund von der Ermächtigung, Sondersteuern einzuführen, Gebrauch macht, ist ungewiss. Der Zuschlag zur Warenumsatzsteuer ist demgegenüber einfach zu erheben und sofort wirksam. Wird er auf einen Zehntel begrenzt, so entstehen weder vom System her noch für den Steuerzahler Härten. Es bietet sich hier nach den vielen finanzpolitischen Unkenrufen der letzten Monate die Chance, den Worten nun eine rasch wirksame Tat folgen zu lassen.

Ich bitte Sie deshalb, meinem Antrag, der im Verlauf der Differenzbereinigung nötigenfalls redaktionell verbessert oder präzisiert werden kann, zuzustimmen.

Egli: In dieses grosse Sortiment von Minderheits- und Einzelanträgen habe ich auch den meinen eingereiht, und zwar im Sinne eines Antrages für den Fall, dass der Antrag der Minderheit I bzw. der Minderheit unserer Kollegin Ribi abgelehnt werden sollte. Ich unterstütze also grundsätzlich die 2 Prozent, aber für den Fall, dass Sie den Antrag Ribi ablehnen, betrachte ich den meinen als eine Brücke zwischen zwei Systemen, die sich in den Beratungen abgezeichnet haben. Ich glaube, es geht hier um den entscheidenden Punkt der gesamten Revisionsvorlage, nämlich um die Finanzierung, um die Sicherstellung der Mittel, und vor allem um die Finanzierungsart. In der bisherigen Debatte haben sich zwei Pole deutlich herausgeschält. Auf der einen Seite stehen die Verfechter der Maximierung der Lohnprozente, auf der anderen Seite die Anhänger der Maximierung der durch Lohnprozente finanzierten gesamten Krankenpflegekosten. Man wirft vor allem den letzteren vor — und ich glaube, zu Recht —, dass hier die gewollte und gewünschte Ausgabenbremse nicht funktionieren kann, weil sie nicht eingebaut ist. Andere sehen diese Bremse einzig und allein auf der Seite der Maximierung der Lohnprozente. Da beide Systeme für sich allein betrachtet etwas zu einseitig gelagert sein dürften, bin ich der Auffassung, dass man beide Systeme miteinander kombinieren sollte und könnte, immer im Bestreben, damit eine echte Bremse gegen die Anspruchsinflation einzubauen, die in diesem Rat unbestritten geblieben ist.

Sowohl in der Kommission wie auch bei der heutigen Beratung haben wir gehört, wie hoch die Schätzungen für die Krankenpflegeversicherung im Jahre 1976 ausfallen. Man spricht von rund 6 Milliarden Franken. Ein Lohnprozent würde, gestützt auf die Berechnungen, einen Beitrag von 900 Millionen Franken ergeben. Sie sehen also, es besteht zwischen den 2 und 3 Lohnprozenten eine Differenz von 900 Millionen auf die Krankenpflegekosten umgerechnet. Persönlich bin ich der Auffassung, dass man eventuell auf die 3 Lohnprozente, wie sie die Kommissionsmehrheit vorschlägt, gehen soll oder gehen kann, aber nicht ohne auf der anderen Seite auch eine Grenze einzubauen, wieweit durch diese Lohnprozente die Krankenpflegekosten abgedeckt werden sollen. Die Allianz klappt hier auch etwas auseinander. Die Aerzte betrachten eine Abdeckung von 30 bis 40 Prozent der Krankenpflegekosten als angemessen, während die Krankenkassen bereit wären, bis auf 40 bzw. 50 Prozent zu gehen. Es liegt an uns, hier einen politischen Entscheid zu fällen. Ich glaube deshalb, dass mein Antrag ungefähr in der Mitte liegen dürfte. Ich möchte mit meinem Antrag folgendes erwirken: Zustimmung grundsätzlich zum Antrag der Kommissionsmehrheit, Begrenzung der Lohnprozente auf 3 Prozent, aber andererseits auch die Begrenzung der effektiv abzudeckenden Krankenpflegekosten, mit der Formulierung nämlich: «Er darf bei Erwerbstätigen 3 Prozent des Erwerbseinkommens, die höchstens 45 Prozent der gesamten Krankenpflegekosten zu decken haben, nicht übersteigen und wird bei Arbeitnehmern zur Hälfte vom Arbeitgeber übernommen.» Nun wird man mir entgegenhalten, dass die weitere Entwicklung zwischen Lohnprozenten und Krankenpflegekosten nicht unbedingt parallel verlaufen muss. Das ist nicht unbedingt ein Grund, um diesen Antrag abzulehnen, und zwar deshalb, weil er vor allem eine Limitierung der Abdeckungskosten will. Ich glaube, dass in Zukunft sowohl die Lohnentwicklung wie auch die Krankenpflegekosten annähernd parallel verlaufen werden, weil die grösste Kostenexplosion bereits durchgestanden ist. Wenn dann eine Differenz entsteht, dass also mit 3 Lohnprozenten nicht mehr 45 Prozent abgedeckt wären, dann müssten die beiden übrigen Finanzierungsfaktoren, Eigenprämien bzw. Bund und Kantone, diese Differenz ausgleichen. Ich habe aus diesem Grunde einen Zusatzantrag auf Einführung von Sondersteuern eingereicht, den ich dann besonders begründen werde, Sondersteuern, die zusätzliche Mittel bereitstellen sollen, um allfällige Lücken zu schliessen.

Ich glaube, es geht darum, bei dieser Vorlage wirklich das Mass zu finden in dem Sinne, wie ich es Ihnen gestern beim Eintreten bereits dargelegt habe.

Nun hat Herr Kollega Letsch einen Zusatzantrag gestellt, indem er eine Zusatzabgabe zweckgebundener Art auf der Warenumsatzsteuer einführen will, zusammen ebenfalls mit einer Sondersteuer. Ich möchte dazu nicht Stellung nehmen, sondern lediglich zu bedenken geben, dass eine derartige Abgabe die Vorlage zu sehr belasten könnte, um beim Volk letztlich in der Abstimmung noch Gnade finden zu können. Deshalb muss man sich schon überlegen, ob man sie noch mit einem derartigen Zusatz für eine Abstimmung belasten will. Meinerseits möchte ich Ihnen beantragen, meinem Antrag zuzustimmen.

Zwygart: Ich kann mich sehr kurz fassen. Ich bin im Prinzip für den Antrag der Minderheit, die die gesundheitsgefährdenden Produkte besteuern möchte. Nur scheint auch mir, dieser Ausdruck belaste die Vorlage

zu sehr, denn man könnte da allerhand unterscheiden, was nicht gemeint ist. Es könnte im Abstimmungskampf zum Beispiel behauptet werden, auch Kaffee, Tee, Schokolade könnten gesundheitsgefährdend wirken, wenn sie im Uebermass genossen werden. Diese Produkte will sicher niemand besteuern. Ich habe bewusst die Formulierung «gebrannte Wasser und Raucherwaren» gewählt, damit jeder weiss, was gemeint ist, und weil ich den Eindruck habe, dass von diesen beiden genannten Produkten her die grössten Schäden erwachsen. Gerne sähe ich Wein und Bier miteingeschlossen. Wir müssen aber als Realpolitiker sehen, dass das Fuder damit überladen würde. Das Bier ist ja ohnehin steuerlich in der Bundesverfassung privilegiert, da kämen wir nicht durch. Darum möchte ich bitten, meinen Vorschlag, die Fassung «gebrannte Wasser und Raucherwaren», zu bevorzugen.

Alder: Meine Ueberlegungen gehen in der gleichen Richtung wie diejenigen von Herrn Zwygart. Wir stossen uns in der Landesringfraktion am weiten Begriff der gesundheitsgefährdenden Produkte. Wir glauben, es ist wichtig, dass in der Verfassung mindestens angedeutet wird, was damit gemeint ist. «Gesundheitsgefährdend» ist ein derart umfassender Begriff, dass er in der Praxis schwer zu handhaben ist. Wenn wir Ihnen vorschlagen, «insbesondere auf sämtlichen alkoholischen Getränken», dann geben wir dieser Verfassungsbestimmung einen präzisen, richtungweisenden Inhalt. Die Gesundheitschädlichkeit steht in direkter Beziehung zu den Kosten der Krankenfürsorge. Das gilt ganz speziell auch für die alkoholischen Getränke. Es geht hier nicht darum, irgendwie auf Wein- und Bierkonsum Jagd zu machen. Die meisten hier — auch der Sprechende — haben sehr gerne ab und zu ein Glas Wein oder ein Bier oder auch ein zweites dazu. Aber wir müssen doch sehen, dass der übermässige Genuss von Alkohol in unserem Volk grosse Schäden angerichtet hat, für welche dann eben gerade die Krankenfürsorge aufkommen muss.

Wenn wir speziell auf die alkoholischen Getränke hinweisen, dann deshalb, weil wir damit auch vermeiden wollen, dass alles andere ausser Alkohol unter dem Titel «gesundheitsschädigende Produkte» besteuert wird, dass der Bundesrat unter dem Druck interessierter Kreise gerade auf eine Sondersteuer auf diesen Produkten verzichtet. Was soll — nach unserem Vorschlag — besteuert werden? Auch das Bier! Herr Zwygart sagte, das gehe nicht, man habe dies in der Verfassung bereits geregelt. Das Bier ist nach unserer Auffassung noch immer ungenügend besteuert. Es erträgt mehr. Im übrigen ist es verfassungsrechtlich so, dass die Höhe der Biersteuer vom Preis des Biers abhängt. Wenn der Preis des Biers bleibt, dann geht auch die Biersteuer nicht in die Höhe, obwohl es hier durchaus noch etwas zu holen gibt. Beim Wein: Der Wein wird durch eine Alkoholsteuer bisher überhaupt nicht erfasst. Wir meinen, dass eine angemessene Zusatzsteuer auf dem Wein unserem schweizerischen Weinbau nichts anhaben kann. Es wird weiterhin Wein angebaut und Wein konsumiert werden. Aber eine Zusatzsteuer hilft hier doch, die durch übermässigen Weinkonsum entstandenen alkoholischen Schäden in unserem Volk gezielt wenigstens finanziell zu beheben.

Schliesslich die gebrannten Wasser: Wir haben hier Spezialitätensteuern und Monopolgebühren. Hier treffe ich mich mit Herrn Zwygart: Auch hier erträgt es durchaus noch etwas mehr. Es ist ganz sicher so, dass die gebrannten Wasser mit ihrem hohen Alkoholgehalt

besonders gesundheitsschädigend sind, wenn sie in allzu grosser Menge genossen werden. Daher meinen wir, das Fuder sei nicht überladen, Herr Zwygart, wenn wir alle alkoholischen Getränke mit einer angemessenen Sondersteuer belasten. Wesentlich ist, dass diese Sondersteuer in einem direkten Kausalzusammenhang steht mit dem Genuss des betreffenden Produkts bzw. den Schäden, welche durch den übermässigen Genuss dieser Produkte entstehen. Wesentlich ist auch, dass unser Volk und jene, die alkoholische Getränke geniessen, durchaus in der Lage sind, auch noch einen entsprechenden Zuschlag für die Finanzierung der Krankenversicherung zu bezahlen.

Egli, Berichterstatter der Minderheit: Ich habe zum letzten Teil des Absatzes bzw. von Buchstabe a einen Minderheitsantrag über die Sondersteuern zu vertreten. Wir wissen heute, dass ein beträchtlicher Teil der milliardenschweren Aufwendungen der kurativen Medizin auf den Konsum von Genussmitteln und auf gewisse Umwelteinflüsse zurückzuführen ist. In der hochtechnisierten Welt beginnt sich der Mensch gegenüber schädigenden Einflüssen zu sensibilisieren und Ursachen- und Verhaltensforschung zu fördern. Wenn Bundesrat und Parlament sich schon zu einem neuen, der heutigen und zukünftigen Entwicklung Rechnung tragenden Verfassungsartikel aufgerafft haben, so sollte nun doch die Gelegenheit nicht verpasst werden, eine der aktuellsten Erkenntnisse, nämlich das Verursacherprinzip, hier einzubauen.

Dieses Postulat gehört geradezu in die politische Landschaft dieses Verfassungsartikels. Der bisherige Artikel 34bis der Bundesverfassung wird in wesentlichen Punkten konkreter gestaltet und ergänzt, so zum Beispiel auch durch Einbezug der Präventivmedizin, der Hauspflege, der Förderung der Spitalplanung usw. Auch wird die Struktur der Finanzierung der Krankenversicherung konzipiert. Es ist daher nicht einzusehen, weshalb nun ausgerechnet das Verursacherprinzip nicht auch in die Verfassung aufgenommen werden soll. — Die Zivilisationsschäden haben nicht nur alarmierend zugenommen. Ihre Erkennung und Behandlung verursacht masslose Kosten. Es sollte daher selbstverständlich sein und entspräche einem Akt der Gerechtigkeit, wenn der Verursacher zu einem Sonderbeitrag an jene Kosten angehalten wird, die er selber zu verantworten hat. Dem Bund ist daher die Kompetenz zu erteilen, auf gesundheitsgefährdenden Produkten Sondersteuern zu erheben. Dabei handelt es sich einmal um ein gesundheitspolitisches Anliegen, sodann aber auch um einen Akt der Solidarität. In dem Masse, als unter dem Gesichtspunkt der Solidarität das allgemeine Beitragsobligatorium eingeführt wird, darf man mit der gleichen Begründung erwarten, dass auch die Verursacher von Gesundheitsschäden mit einem Solidaritätsbeitrag zur Kasse gebeten werden.

Die häufigen Erkrankungen bei Alkohol- und Nikotinmissbrauch wirken sich direkt und indirekt auf unsere Spitäler aus, die ganz besonders an der Kostenexplosion beteiligt sind. Die Schweiz zählt rund 130 000 Alkoholranke, für die die Krankenversicherung aufzukommen hat. Der Alkohol als Droge Nummer 1 unseres Landes verursacht jährlich hohe Schäden. Rund ein Drittel der in Spitäler eingewiesenen Verkehrsverunfallten stehen unter Alkoholeinfluss. Die Raucher leben gegenüber Nichtrauchern rund 25mal gefährlicher. Herzinfarkt und Lungenkarzinom sind die häufigsten Todesursa-

chen. Mehr als zwei Drittel der an dieser Erkrankung Gestorbenen sind starke Raucher. Auch der Betrieb von Motorfahrzeugen hilft die Spitäler füllen, sei es zufolge der stets steigenden Unfälle, sei es infolge Auswirkungen der schädlichen Abgase. Der Bleigehalt übersteigt in den Grossstädten bereits das tragbare Mass. Es ist daher geradezu Pflicht von Aerzten und Krankenkassen, aber auch von uns Politikern, vor allem aber auch der Schweizerischen Krebsliga, gegen die unsinnige Selbstschädigung unseres Volkes anzukämpfen. Nun kann natürlich niemandem der Alkoholkonsum oder das Rauchen verboten werden. Wer die gesundheitsgefährdenden Produkte konsumiert oder gesundheitsgefährdende Einflüsse erzeugt, soll aber gerechterweise seinen Sonderbeitrag an die Krankenversicherung leisten müssen und zu leisten haben. Der Bundesrat stand in der Kommission besser: Zielen und Motiven einer Sondersteuer sympathisierend gegenüber. Er äusserte jedoch Zweifel an der Durchführbarkeit, weil die Besteuerung der wichtigsten möglichen Produkte, nämlich des Alkohols und des Tabaks, verfassungsmässig zur Finanzierung der AHV und das Bier der Wehrsteuer reserviert seien. Vorerst wiesen wir darauf hin, dass unser Vorschlag absichtlich keine besonderen Produkte erwähnt. Er ist allgemein gehalten, und es wird Sache der Bundesgesetzgebung sein, die sich ergebenden Möglichkeiten zu erfassen. In diesem Sinne möchte ich Sie auch bitten, die übrigen Anträge, die hier eine Einschränkung erzielen möchten, abzulehnen. Zudem verlangen wir nicht zwingend die Einführung von Sondersteuern. Es handelt sich um eine Kompetenznorm; darnach kann der Bund ermächtigt werden, nötigenfalls auf gesundheitsgefährdenden Produkten Sondersteuern einzuführen. Abgesehen davon, dass es sich um eine Kann-Vorschrift handelt, sprächen bei einer Einführung einer Sondersteuer wiederum Parlament und Volk das letzte Wort, und zwar grundsätzlich wie auch masslich. Vor allem soll das Spektrum der zu belastenden Produkte uneingeschränkt bleiben. Wissenschaftler haben mir erklärt, dass gerade die Krebsforschung in Zukunft auf Verursacher stossen kann, die heute noch nicht bekannt sind. Dann könnte sich eine Belastung gewisser Produkte mit einer Sondersteuer geradezu aufdrängen. Dächte man z. B. an eine zusätzliche Belastung des Alkohols und des Tabaks, so liesse sich dies verfassungsrechtlich nicht ausschliessen, wie seitens des Bundesrates auch in der Kommission angedeutet wurde. Der Bundesgesetzgeber ist meines Erachtens jederzeit berechtigt und kompetent, auf gleicher Stufe, nämlich auf Verfassungsstufe, bisherige Verfassungsbestimmungen durch neue abzugrenzen oder zu ergänzen. Eine Steuer auf Alkohol, Tabak, Blei und so weiter besässe, wie schon der Begriff sagt, den Charakter einer Sondersteuer, wodurch die bisherigen zweckgebundenen Belastungen zugunsten der AHV und auch bezüglich des Biers für die Wehrsteuer keineswegs geschmälert würden. Die Biersteuer wird bei der Einführung der Mehrwertsteuer ohnehin in kurzer Zeit eine andere Regelung erfahren. Man versucht, das echte Anliegen der Sondersteuer auf schädigenden Produkten mit der Drohung der Besteuerung der inländischen Weinproduktion zu Fall zu bringen. Man sollte ehrlicherweise ungerechtfertigte Emotionen ausser Spiel lassen, wohl wissend, dass das Parlament im konkreten Fall sich noch immer zu einer vernünftigen und sachgerechten Lösung hat durchringen können. Der heutige Zeitpunkt sollte unseres Erachtens auch benützt werden, um eine Kohärenz in der Finanzierung der sozialpolitischen Werke beizubringen. Abga-

ben auf gesundheitsgefährdenden Produkten sollten nicht nur zur Finanzierung des Alters, sondern ebenso sehr zur Gesunderhaltung und zur Wiedergenesung des kranken Menschen eingesetzt werden. Masslich ertrügen sowohl Alkohol wie Tabak eine weitere Belastung, steht doch unser Land weitherum in Europa mit einer der niedrigsten Belastungen da.

Wenn man sich schon dazu entschliesst, aus Solidarität eine lohnprozentuale Sondersteuer zu erheben, um wieviel mehr müssen wir uns vernünftigerweise dazu aufraffen, dem Bund die Kompetenz einzuräumen, zur Finanzierung der Krankenversicherung sogar erstrangig die Verursacher erfassen zu können. Ein gegenteiliges Verhalten wird uns vom Volk nicht mehr abgenommen. Im Zusammenhang mit der Eintretensdebatte hat nun der deutschsprachige Referent darauf hingewiesen, dass hier zwischen der Allianz eine Zäsur bestehe bzw. dass die Aerzte und Krankenkassen in bezug auf die Finanzierungsart nicht gleicher Auffassung seien. Das trifft in keiner Weise zu, hat doch die Allianz wiederholt zum Ausdruck gebracht, dass sie auch die Sondersteuer als einen der Eckpfeiler zur Finanzierung der Krankenversicherung einbezogen wissen will.

Ich beantrage Ihnen daher Zustimmung zum Minderheitsantrag.

M. Gautier: Je voudrais, dans ce débat, intervenir sur deux points. Le premier, c'est le problème de l'obligation dans l'assurance-maladie, le second, c'est celui de l'impôt spécial sur les produits nuisibles à la santé. En ce qui concerne l'obligation, j'ai déjà dit hier, lors du débat général, les raisons qui, sur le plan médical, me paraissaient s'opposer à une obligation d'assurance. J'aurais été prêt à me laisser convaincre d'une obligation si l'on m'en avait démontré la nécessité. Or, jusqu'à maintenant, j'ai l'impression que ceux qui demandent une obligation le font beaucoup plus pour des raisons politiques que par un souci d'efficacité. Mme Nanchen nous a dit tout à l'heure que tout ce problème de l'assurance-maladie était un problème politique. Je veux bien qu'on le regarde sous cet angle-là mais je ne suis pas persuadé que cela en simplifiera la solution. En effet, en voulant politiser le débat — nous sommes, somme toute, dans une assemblée politique — on en arrive à parler de beaucoup de sujets qui n'ont que peu de rapport avec l'assurance-maladie. Je donne juste un exemple: notre collègue Villard, tout à l'heure, en est venu à évoquer le problème jurassien dont l'ombre a plané sur les débats sur l'assurance-maladie.

Je le rappelle, j'ai dit hier mes raisons d'opposition, et je voudrais y ajouter quelques remarques: la première, c'est le problème des personnes âgées. Les personnes âgées ont des difficultés à s'assurer. Je ne suis pas persuadé que l'obligation soit le seul moyen d'arriver à résoudre leur cas. Le canton de Vaud, plus récemment le canton de Genève, ont trouvé des formules qui ont permis de résoudre ce problème. Ce sont des formules qui, en tout cas pour le canton de Vaud, coûtent très cher, c'est vrai, mais l'obligation coûtera aussi cher si l'on veut inclure les personnes âgées dans l'assurance-maladie. Pour arriver à couvrir par l'assurance-maladie la plus grande partie possible de notre population, il y a deux méthodes. Il y a la méthode de force et il y a la méthode de persuasion. Par goût personnellement, je suis plutôt pour la persuasion. Dans le premier cas, on fait intervenir l'Etat, on fait intervenir la coercition de l'Etat sans nécessité, sans raison valable; c'est une déci-

sion politique: on veut augmenter la puissance de l'Etat vis-à-vis de l'individu. Dans le deuxième cas, on laisse à l'individu son initiative, sa liberté, sa responsabilité et on essaie de le convaincre pour qu'il se couvre suffisamment vis-à-vis des risques de la maladie. C'est pour ces raisons que personnellement je voterai contre la minorité I et contre la proposition de notre collègue Hubacher.

Pour le second point, les impôts spéciaux sur les produits nuisibles à la santé, tout au moins dans la formule de la proposition de minorité de notre collègue Egli, j'aimerais beaucoup qu'on me dise une fois ce que sont les produits nuisibles à la santé. Il y a un certain nombre d'années que je pratique la médecine, j'ai vu beaucoup de produits nuisibles à la santé mais une liste complète n'a jamais pu m'être montrée. J'ai vu des gens intoxiqués par le sucre, j'ai vu des gens intoxiqués par le sel de cuisine. Est-ce que ce sont des produits nuisibles à la santé qu'il faut imposer? Il y a quatre cents ans déjà, Paracelse disait: «Toutes choses sont poison et rien n'est sans poison, seule la quantité fait qu'une chose ne soit pas poison.» Dans deux autres propositions, on nous propose d'imposer le tabac et l'alcool ou d'un autre côté seulement l'alcool. Je serais tout à fait d'accord pour ma part de réduire par un moyen ou par un autre la consommation d'alcool et de tabac en Suisse. Je ne suis pas persuadé qu'un impôt spécial arrive à atteindre ce but. Les statistiques de la Régie des alcools montrent que chaque fois qu'on a augmenté les taxes, l'augmentation de la consommation marque un temps d'arrêt pendant quelques mois et puis repart de plus belle. Alors je ne crois pas à la vertu curative de l'imposition sur l'abus d'alcool, il en est de même pour le tabac. Je voudrais, à propos du tabac, faire une autre remarque, c'est qu'il existe dans notre constitution un article 34^{quater} qui dit que la totalité des taxes sur le tabac est réservée à l'assurance-vieillesse et survivants. Alors, si l'on voulait arriver à en distraire une part pour l'assurance-maladie, il faudrait aussi modifier l'article 34^{quater}. Cela dit, il semble qu'en voulant imposer l'alcool et le tabac, on tende à un double but qui, étant double, semble se contredire lui-même. On voudrait, d'une part, diminuer la consommation et, d'autre part, augmenter les recettes. Or, si je reprends l'exemple du tabac, on sait maintenant que le produit des taxes sur le tabac est en forte diminution non pas en raison des taxes mais en raison de phénomènes monétaires. Il faudra donc bien trouver un moyen de boucher ce trou, ne serait-ce qu'en faveur de l'AVS. Qu'en serait-il alors si l'on venait à en prendre encore une partie pour l'assurance-maladie. D'un autre côté, comment arriver à la fois à diminuer la consommation et à augmenter les recettes. L'exercice fait preuve d'une certaine hypocrisie moralisatrice, parce qu'on a l'air de dire: «Vous pouvez consommer des denrées nuisibles à la santé mais à condition de payer quelque chose, de payer un peu le péché que vous commettez.» Excusez-moi de répéter ce que j'ai déjà raconté devant la commission mais j'avais une grand-mère qui était une calviniste très convaincue et qui prétendait, quand j'avais 18 ans, que c'était un péché d'aller danser, sauf, disait-elle, «si tu vas danser à un bal de bienfaisance parce qu'en donnant de l'argent pour une œuvre philanthropique, tu effaces le péché que tu commets en allant danser». Eh bien! j'ai un peu l'impression que c'est la même chose que l'on nous promet dans le domaine du tabac et de l'alcool. C'est pour toutes ces raisons que, personnellement, je m'opposerai

à ces impôts spéciaux sur les produits dits «nuisibles à la santé».

Fischer-Bern: Ich möchte keine grossen Ausführungen zum Problem des Obligatoriums machen. Es scheint mir, dass es sich nicht um eine prinzipielle Frage handelt. Aber nachdem die Aerzte daraus eine solche machen wollen, möchte ich mich diesbezüglich dem Ständerat und der Mehrheit unserer Kommission anschliessen, damit wir die Aerzte nicht noch auf die Barrikaden treiben. Das wichtigste Problem ist hingegen die Frage der Finanzierung, und wenn Sie die verschiedenen Anträge sehen, dann wird uns klar, dass hier ein ziemliches Durcheinander besteht. Ich möchte versuchen, ein bisschen Ordnung hineinzubringen, ausgehend von der Gesamtbelastung dieser Krankenpflegeversicherung von ungefähr 6 Milliarden Franken pro Jahr. Davon sollen etwa 2 Milliarden Franken durch die Versicherten in Form von Prämien bezahlt werden und etwa eine halbe Milliarde in Form einer Kostenbeteiligung (Franchise und so weiter). Das macht 2,5 Milliarden aus, die direkt durch die Begünstigten, also die Versicherten, finanziert werden. 3,5 Milliarden Franken fehlen noch, und für diese müssen wir jetzt die Finanzierung suchen. Es gibt hier verschiedene Methoden. Ich möchte mit der indirekten Finanzierung beginnen. Wir haben soeben die Begründung der betreffenden Anträge gehört, einmal durch Herrn Letsch, der einen Zuschlag zur Warenumsatzsteuer möchte. Ich empfehle Ihnen, diesen Antrag abzulehnen. Wenn wir dazu übergehen, Einzelaufgaben des Bundes mit Zuschlägen zu den bestehenden Steuern zu finanzieren, werden wir eine ungeheure Eskalation der Besteuerung erleben. Wir müssen die Warenumsatzsteuer als Reserve für spätere Bundesaufgaben reservieren. Ich wäre absolut dagegen, dass man jetzt zusätzlich zur zehnpromzentigen Erhöhung der Warenumsatzsteuer, die auf den 1. Januar 1974 wegen der Aufhebung der Flexibilität ohnehin in Kraft tritt und auch noch eine gewisse Teuerung zur Folge haben wird, noch unter diesem Titel einen Zuschlag erhebt.

Was die Frage der Sondersteuern verschiedenster Art anbelangt, will ich nicht in Details gehen, nachdem Herr Gautier soeben sehr eindrücklich darüber gesprochen hat. Ich möchte nur daran erinnern, dass vor sechs bis acht Jahren Volk und Stände eine eidgenössische Getränkesteuer, die der Landesring der Unabhängigen, der jetzt wieder mit dem gleichen Postulat kommt, aufgelegt hatte, massiv verworfen haben. Wenn Sie diesen Gegenvorschlag torpedieren wollen, brauchen Sie bloss so etwas hineinzunehmen. In diesem Falle mobilisiert man Opponenten, die an sich bereit wären, einem Gegenvorschlag zuzustimmen.

Was die Tabakbesteuerung anbelangt, ist bereits gesagt worden, wir müssten nachher wieder eine neue Finanzierung der AHV suchen, womit wir wieder vor dem gleichen Problem ständen. Diese unmittelbar gesundheitsschädlichen Produkte werden vom Bund bereits steuerlich erfasst. Was die übrigen gesundheitsschädlichen Produkte anbetrifft, welche in Frage kämen, möchte ich Sie daran erinnern, dass wir schon einmal eine ähnliche Uebung durchexerziert haben, und zwar mit der Luxussteuer. Die Frage der Abgrenzung ist ein fast unmögliches Unterfangen. Die Luxussteuer, die während des Krieges eingeführt worden war, wurde seinerzeit auf Antrag des Bundesrates und der Steuerverwaltung wieder aufgehoben, weil man einfach die Kriterien der Abgrenzung in befriedigender Weise nicht

gefunden hatte; dasselbe würde auch jetzt wieder der Fall sein, wenn man auf diese Anträge eintreten wollte. Ich möchte Ihnen deshalb beantragen, diese indirekte Finanzierung telquel abzulehnen.

Was das Problem der Finanzierung über Lohnprozente anbelangt, stehen wir vor zwei diametral entgegengesetzten Richtungen: Auf der einen Seite die Ueberlegungen von Herrn Wüthrich und der Minderheit II, die eine Finanzierung über Lohnprozente bezwecken, deren Höhe sich an den Kosten der Krankenpflegeversicherung orientiert. Die Minderheit I will dabei nur noch 10 Prozent den direkt Beteiligten in Form von Prämien und Selbstbehalten überbinden, während 20 Prozent im Minimum die öffentliche Hand bezahlt und der Rest über die Lohnprozente finanziert werden soll. Die Minderheit II will einfach 50 Prozent der Kosten durch Lohnprozente abdecken. Ich möchte Ihnen empfehlen, diese Anträge abzulehnen, und zwar aus einem prinzipiellen Grund, obwohl ihre finanziellen Auswirkungen verglichen mit dem Antrag der Mehrheit im Moment nicht sehr bedeutungsvoll sind. Der prinzipielle Grund liegt aber darin, dass wir unter allen Umständen eine Automatik der Kostendeckung der Krankenpflegeversicherung verhindern müssen. Es darf nicht dazu kommen, dass bei steigenden Ausgaben die Quellen einfach reichlicher fliessen. Vielmehr muss eine Limitierung eingeführt werden, die zur Folge hat, dass die Beteiligten — das sind die Krankenkassen als Zwischenglied zwischen dem Patienten und dieser Finanzierungsquelle — gezwungen werden, für eine rationelle Bewirtschaftung dieses Sektors zu sorgen. Die «surconsommation médicale» ist ein echtes Problem, das uns noch ausserordentlich zu schaffen machen wird. Ihr können wir nur beikommen, wenn wir alle denkbaren Mittel einsetzen, um die direkt Beteiligten zu einer sparsamen Geschäftspolitik zu veranlassen. Deshalb dürfen wir keine Automatik annehmen, welche beliebige Kosten einfach zur Hälfte deckt. Ich möchte Ihnen also empfehlen, die beiden Minderheitsanträge I und II abzulehnen.

Was nun die Frage der Höhe dieser lohnprozentualen Beteiligung anbelangt, bin ich als Arbeitgebervertreter der Urheber dieser 3 Prozent. Ich habe in der Kommission den Antrag gestellt, dass man nicht den 2 Prozent des Ständerates zustimmt, sondern den Satz auf 3 Prozent erhöht. Die Ueberlegung, die ich dabei angestellt habe, ist sehr einfach: Wenn wir nämlich mit nur 2 Lohnprozent finanzieren, wie es der Ständerat will, folgt daraus in erster Linie, dass die Versicherten höhere Prämien bezahlen müssen, welche die Grenzen der Belastbarkeit tatsächlich überschreiten. Viel schwerwiegender ist also die Tatsache, dass die öffentliche Hand in einem zu starken Ausmass herangezogen wird. Wenn Sie nach den Berechnungen des Bundesamtes für Sozialversicherung mit diesen 2 Prozent im Jahre 1976 1,8 Milliarden Franken erhalten, fehlen immer noch 1,7 Milliarden, welche über die öffentliche Hand finanziert werden müssten. Ich betrachte das angesichts der ohnehin defizitären Finanzlage von Bund, Kantonen und Gemeinden als völlig untragbar. Aus diesem Grunde müssen wir auf 3 Lohnprozent gehen, so dass nur noch ungefähr 800 Millionen Franken oder 1 Milliarde über die öffentliche Hand finanziert werden müssen, was immer noch sehr viel ist. Die 650 Millionen Franken, die der Bund für das nächste Jahr für die Krankenversicherung bezahlen muss, sind nur der Anfang. Wenn wir dafür nicht eine andere Finanzierungsquelle erschliessen, wird sich dieses System weiterentwickeln und die

Bundesausgaben werden immer weiter steigen. Sie haben gestern die Perspektiven für die Finanzplanung erhalten. Wenn Sie sie nicht angesehen haben, möchte ich es Ihnen sehr empfehlen. Sie lesen dort unter dem Titel «Sozialwerke», dass im Jahre 1974 2,4 Milliarden Franken vom Bund bezahlt werden: für die AHV, für die Invalidenversicherung und für die Krankenversicherung. Im Jahre 1975 und 1976 werden es je 3 Milliarden Franken sein. Wie wollen Sie diese ständig zunehmenden Ausgaben finanzieren? Ueberdies steht im Begleittext der Perspektiven, dass bei einer Annahme der ständerätlichen Fassung über die Krankenversicherung die Ausgaben noch viel höher würden. Auch wenn das Gewerbe sicher nicht daran interessiert sein kann, höhere Beiträge zu bezahlen, möchte ich Ihnen empfehlen, diesen 3 Prozent zuzustimmen, und zwar in Form der Kommissionsmehrheit. Ich bitte Sie, sämtliche Minderheitsanträge ausnahmslos abzulehnen und bei diesem Artikel der Mehrheit der Kommission zuzustimmen, welche nach meiner vollen Ueberzeugung die einzige auch politisch tragbare Lösung vertritt. Wir müssen in einem Jahr mit dieser Vorlage vor Volk und Stände. Wenn wir Flickarbeit leisten und keine abgewogene und politisch verantwortbare Lösung finden, werden wir diesen Gegenvorschlag nicht durchbringen. Es blieben dann zwei Möglichkeiten: entweder würde der zu weit gehende Antrag der sozialdemokratischen Initiative angenommen, was aus verschiedenen Gründen schädlich wäre, oder es käme überhaupt keine Lösung zustande. In diesem Falle müsste die öffentliche Hand in den nächsten Jahren in einem unverantwortbaren Ausmass zahlen, bis wir hier eine neue Formel gefunden hätten. Aus diesem Grunde bin ich überzeugt, dass die einzig saubere Lösung der Mehrheitsantrag der Kommission ist.

Breitenmoser: Ich spreche kurz zum Antrag Hubacher und Teilen seiner Begründung. Persönlich habe ich einiges Verständnis für seinen Antrag auf das allgemeine Obligatorium für beide Versicherungen. Unter Umständen könnte ein solches Obligatorium auf die Dauer richtig und administrativ einfacher sein. Auch der Reichste ist heute bei den Spital- und Arztkosten nicht mehr ganz vor Armut sicher. Bevor wir ein Obligatorium aussprechen, müssen wir uns aber über die Finanzierung einigen können. Ausgaben ohne Einnahmen liegen heute weniger denn je drin.

Es bleibt ein Ermessen, ob das Obligatorium auf die sogenannten Gutsituiereten ausgedehnt werden soll. Ganz sicher aber stimmt die Behauptung unseres Kollegen Hubacher nicht mit dem überein, was er glaubt, im Aktionsprogramm 1971 der CVP gefunden zu haben. Es ist als Antwort auf seine Begründung vielleicht ganz interessant, Ihnen diese 17 Zeilen hier vorzutragen, denn ich nehme an, dass Herr Kollega Hubacher keine gefälschte Ausgabe dieses Programms besitzt. Es heisst hier: «Die Krankengeldversicherung ist für alle Arbeitnehmer und Selbstständigerwerbende, soweit sie sich nicht in guten wirtschaftlichen Verhältnissen befinden, obligatorisch zu erklären. Dabei sind gesetzliche Mindestnormen für die Versicherungsleistungen und die Beiträge der Arbeitgeber und allenfalls weiterer Dritter festzulegen. Die Leistungen der Krankengeldversicherung sind während unbeschränkter Dauer zu gewähren. Die Krankenpflegeversicherung ist für die gesamte Bevölkerung, ausgenommen Personen in guten wirtschaftlichen Verhältnissen, obligatorisch zu erklären.» Sie sehen, dass die CVP vor zwei Jahren, gleichsam im Hinblick auf die heutige

Sitzung, das Obligatorium für alle, auch für die Gutsituiereten, als eine Ermessensfrage betrachtet hat, und es wird sich deshalb auch heute für meine Kollegen in der Fraktion als eine Ermessensfrage erweisen im Hinblick auf die gleichzeitige genügende Finanzierung dessen, was wir zu beschliessen haben.

Stahelin: Der Antrag der Minderheit I, wie ihn Herr Wüthrich entwickelt hat, ist uns in der Kommission als ein Ganzes vorgelegt worden. Es war nicht möglich, über die Punkte, die er enthält, im einzelnen abzustimmen. So ist er denn in der Kommission eben auch abgelehnt worden.

Nun gibt uns Herr Hubacher mit seinem Vorschlag die Möglichkeit, über die Frage des Obligatoriums separat abzustimmen. Ich danke ihm dafür und sehe darin ein Entgegenkommen der sozialdemokratischen Seite und den guten Willen, dass wir hier zu einer Einigung gelangen können.

Damit wir zu einer Einigung gelangen können, müssen beide Seiten einen Schritt tun und nicht nur die eine. Der Schritt, der von uns nun verlangt wird, dass wir dem Obligatorium trotzdem zustimmen, obwohl wir zuerst nicht dafür gewesen sind, ist im Grunde genommen ein sehr kleiner Schritt. Was uns jetzt von der Kommission vorliegt, ist, wie schon gesagt worden ist, ein verkapptes Obligatorium. Ich habe den Eindruck, wir schliessen etwas die Augen vor den Schwierigkeiten, die wir uns mit dieser Lösung einbrocken. Aus der ganzen bisherigen Diskussion, auch aus den Ausführungen von Herrn Bundesrat Tschudi, ist hervorgegangen, dass wir hier einen Zwitter haben und eigentlich keine rechte Lösung, dass wir vor ganz enorme Schwierigkeiten kommen bei der Frage der Nichtversicherten, die nun im Grunde genommen eben doch versichert sind. Man schiebt das alles auf die Gesetzgebung hinaus. Es wäre sicher viel einfacher, wir würden nun einfach diesem Obligatorium zustimmen, auch wenn die Aerzte nicht unbedingt damit einverstanden sind. Aber sie müssen selber einsehen, dass dies ja gar nicht viel anderes ist, als das, was sie mit ihrem Beitragsobligatorium vorschlagen. Soviel zu dieser Frage, über die wir nun also separat abstimmen.

Im übrigen möchte ich mich ganz kurz fassen; ich gehe davon aus, dass wir nun möglichst zu einer Einheit gelangen sollten, zu einem einheitlichen Text, den wir Volk und Ständen vorlegen.

Herr Fischer hat uns ausgemalt, dass es eine Katastrophe geben könnte, wenn wir keinen ausgewogenen Gegenvorschlag vorlegen. Ich bin mit ihm durchaus einverstanden. Aber wenn wir zwei Vorschläge bringen, kann es erst recht schief gehen. Wir kommen weitaus zum besten Resultat, wenn wir dem Volk eine Vorlage vorlegen, zu der nun die sozialdemokratische Seite meines Erachtens einen wesentlichen Schritt gemacht hat. Darum würde ich noch weitergehen, obwohl man natürlich in guten Treuen verschiedener Meinung sein kann, und Ihnen empfehlen, den Antrag zu unterstützen, den Herr Mugny uns präsentiert und dem Herr Schütz ja auch zugestimmt hat. Diese Seite ist also wiederum einen Schritt zu einer Einigung entgegengekommen. Herr Mugny hat recht, wenn er sagt, dass wir in jeder Beziehung eine «Solidarité réelle» verwirklichen können. Es ist eine Vereinfachung, es wird eine saubere Lösung geben, und es ist die Lösung, die uns am weitesten bringt: Wir dürfen am ehesten annehmen, dass Volk

und Stände dann zustimmen, wenn es zu einem einheitlichen Text kommt.

Wyer: In diesem Artikel 34 Absatz 2 Buchstabe a entscheiden wir über das Schicksal dieser Verfassungsrevision. Es geht darum, die geeignete und die gerechte Lösung in der Finanzierung der Krankenversicherung herbeizuführen. Ich spreche aus der gleichen Sorge wie Kollege Staehelin, und es ist auch mein Wunsch, eine Lösung zu finden, die dazu führen würde, dass wir dem Volk nun einen Vorschlag unterbreiten können.

Gestatten Sie mir, dass ich zu dieser wichtigen Frage doch einige grundsätzliche Ueberlegungen mache. Der Kostenauftrieb im Medizinalwesen bildet ja für uns alle sicher ein sehr ernst zu nehmendes Problem. Man wird dabei jene fundamentale Grundwahrheit nicht übersehen können, dass unter all den Risiken, deren materielle Folgen die Sozialversicherung abdecken muss, die Krankheit ein weitgehend subjektives Risiko ist. Subjektiv ist das Risiko Krankheit ja in der Wertung des Patienten und subjektiv ist es auch über weite Strecken in der Wertung durch den Arzt. Aus diesem subjektiven Charakter des Risikos leitet man zu Recht ab, dass beim einzelnen eine Steuerung möglich ist. Kollege Walter Biel schreibt gestern abend in seiner guten «Tat», dass im Unterschied zum Alter sich das Kranksein in bestimmtem Masse steuern lasse. Ich würde sagen: Es steht fest, dass man durch die Prophylaxe das Kranksein verhindern, eventuell lindern kann, und dass man durch finanzielle Massnahmen in jedem Fall den Missbrauch der Medizinaldienste einschränken kann. Das ist für mich die erste wichtige Feststellung. Die grosse Frage ist das Wie. Dies gesagt, dürfen wir aber doch nicht vergessen, dass die Krankheitsverhütung in dieser modernen Industriegesellschaft, für die wir ja alle verantwortlich sind, einem enorm gesteigerten Sicherheitsbedürfnis entspricht. Dieses Sicherheitsbedürfnis geht wieder zurück auf eine neue Einstellung des Menschen zum Leben, zur Krankheit und schliesslich zum Tod. Das moderne Leben — das muss hier auch einmal gesagt sein — fordert ja in seiner Hetze und in seiner konzentrierten Arbeitsweise eine vermehrte medizinische Pflege. Daneben ist sicher auch nicht zu verkennen, dass die Massenmedien heute die Kunst der Medizin, die Möglichkeit der Ueberwindung von Krankheit und Tod so perfekt darstellen, dass der einzelne immer mehr versucht, diese Möglichkeiten auch maximal auszunützen. Diesem vermehrten Sicherheitsbedürfnis des Menschen nun steht ein gewaltig gesteigertes, ja immer mehr der Perfektion sich näherndes medizinisches Leistungsangebot gegenüber. Die Kostenentwicklung ist darum zu einem bedeutenden Teil die Folge von gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklungen. Man spricht ja vom sogenannten Engel'schen Gesetz, wonach der Konsum von Komfortgütern überproportional gegenüber dem Einkommen steigt. Für viele ist der Medizin-konsum heute zum Komfort geworden.

Die dritte Feststellung, die für mich entscheidend ist, das ist nun das soziale Element der Kostenexplosion. Die Prämien sind für viele Familien untragbar geworden. Der Versicherte trägt heute einen zu grossen Anteil der Lasten der medizinischen Betreuung. Die Kopfprämien sind nicht familienfreundlich, das müssen wir feststellen und das müssen all diejenigen zur Kenntnis nehmen, die sich für Familienpolitik einsetzen. Wer einen Lastenausgleich und damit eine Entlastung der Familie will, der muss der lohnprozentualen Finanzie-

rung einen wesentlichen Platz in der neuen Ordnung einräumen.

Nun stellen wir uns die Frage: Wo liegt dann die Kostenbremse im Medizinalwesen? Das ist schliesslich die Gretchenfrage. Für mich — das will ich Ihnen sagen — liegt sie ganz eindeutig in einem angemessenen Selbstbehalt, der nach oben in sozialer Hinsicht eine Grenze erhält. Man kann sich heute fragen, ob die Revision des KUVG vor nicht ganz zehn Jahren mit der Einführung der Franchise der Weisheit letzten Schluss brachte. Viele Praktiker glauben heute, dass die Rückkehr zu einem früheren Selbstbehaltssystem das richtige wäre. Er spielt ja beim Spitalaufenthalt, bei den grossen Kosten, nicht, und wäre darum tragbar. Dann liegt doch die Kostenbremse sicher auch bei den Kantonen, die in der Spitalfrage nun den Hebel einmal ansetzen müssen. In den Universitätskliniken und den ganz teuren, diesen kostbaren Spitalanlagen, wie z. B. der künstlichen Niere usf., wird ja früher oder später der Bund durchgreifen müssen, damit hier eine Koordination eintritt, damit man nur das anschafft, was man wirklich in diesem Lande braucht.

Nach diesen Feststellungen möchte ich erklären, dass ich mich in bezug auf den finanziellen Beitrag, der über die Lohnprozente erbracht wird, im Umfang weitgehend mit dem Antrag der Mehrheit einverstanden erklären kann. Ich möchte hier in aller Offenheit sagen, dass die Haltung von Kollege Fischer und des Gewerbes auf diesem Gebiet, wie auch die Haltung des Ständerates, die ja grundsätzlich diese lohnprozentuale Finanzierung angenommen haben, beachtenswert sind. Auch die Begrenzung an und für sich ist richtig. Aber die Begrenzung — dort komme ich zum entscheidenden Punkt — kann nicht auf der Beitragsseite erfolgen. Es wurde zur Genüge dargelegt, dass diese Begrenzung auf der Beitragsseite mitnichten verhindert wird, dass die Lasten der Medizinalkosten auf den Buckel des Versicherten abgeschoben werden. Die Lohnkurve steigt bekanntlich mässiger als die der Medizinalkosten, weil die Medizinalkosten sich ja bekanntlich in den letzten Jahren vervielfacht haben. Darum wird bei einer Begrenzung auf der Beitragsseite eben dieser lohnprozentuale Finanzierungsbetrag zurückbleiben. Das grössere Gewicht der allzu stark steigenden Medizinalkosten wird wieder auf die Individualprämien geschoben. Darum ist dieses System der Begrenzung auf der Beitragsseite im Grunde der Dinge für die Zukunft ungenügend. Wenn ein Ding in dieser gesamten KUVG-Debatte sicher bewiesen werden kann, dann ist es doch die Tatsache, dass die Individualprämien an sich nie in der Lage sind, die Kostenentwicklung zu bremsen, denn wir leben nun seit Jahrzehnten unter dem System der Individualprämien und hatten trotzdem diese Kostenexplosion. Also muss die Bremse anderweitig gesucht werden.

Wenn wir nun diese Begrenzung auf der Beitragsseite annehmen würden, haben wir in wenigen Jahren eine Lage, die sozial nicht tragbar ist, und die heute im Grunde der Dinge zur Revision geführt hat. Aus dem Antrag Egli können wir sehr gut ablesen, wie nahe wir uns heute stehen, um eine gute Lösung zu treffen. Im Jahre 1976 würde das finanzielle Ergebnis der 3 Lohnprozent es ja ermöglichen, 41 Prozent der gesamten Krankenpflegekosten zu decken.

Nun zum Vorschlag Mugny, den ich unterstütze. Er geht nicht bedeutend weiter, sondern auf 50 Prozent, das sind rund $3\frac{1}{2}$ Lohnprozent. Wenn wir schon im materiellen Ausmass der lohnprozentualen Finanzierung

weitgehend einig sind, warum sollten wir nicht das System wählen, das diesen Entscheid, den wir heute treffen, auch in Zukunft aufrechterhält und verhindert, dass man wieder in die Ueberbelastung der Familie durch Kopfprämien zurückfällt. Und wenn Sie, geschätzter Kollege Egli, erklären, dass Sie glauben, dass die stärkere Steigerung der Medizinalkosten nun vorbei sei, dann brauchen Sie ja auch nichts zu befürchten, dann wird die Begrenzung auf dem Sektor der Leistung ja dazu führen, dass parallel auf der Beitragsseite die Geschichte auch nicht bedeutend steigt. Aber das wissen wir, dass es hier nicht möglich sein wird, kurzfristig entscheidend das Steuer herumzuwerfen, weil Entwicklungen im Gange sind. Darum müssen wir hier nun bitten, eine sozial tragbare Lösung zu treffen.

Warum nun schlägt Kollege Mugny eine Begrenzung nach unten vor? Ich glaube, wir sind es den Leuten, die eine bedeutend grössere Lohnprozentuale Beteiligung wollen, doch schuldig, dass sie in diesem Abstimmungskampfe dem Volke sagen können, bis zu welchem Masse mindestens eine Lohnprozentuale Finanzierung gesichert ist. Das dürfen wir dem Volk sagen und das müssen wir ihm sagen. Darum komme ich zum Schluss, indem ich erkläre, dass der Antrag Mugny in bezug auf die familienpolitischen Lastenausgleichsprobleme eine gute Lösung bringt. Der solidarische Lastenausgleich und die Beteiligung der Wirtschaft werden damit in hohem Masse verankert; das wollen wir anerkennen. Andererseits wird die Wirkung der Selbstverantwortung, diese Kostenbremse, die wir alle suchen, die auch der Sprechende voll und ganz unterstützt, in der Verfassung verankert durch eine angemessene Beteiligung der Versicherten. Ich bin überzeugt, dass eine Zustimmung zum Antrag Mugny eine Lösung bringt, die den Initianten den Weg zum Rückzug ihrer Initiative öffnet. Nur auf diesem Weg sind wir annähernd sicher, dass diese Revision, die soviel Denkarbeit und so viele Diskussionen in diesem Lande ausgelöst hat, wirklich zu einem Resultat führt, und ein solches Resultat wünschen wir doch alle, weil die Lösung der Krankenversicherungsprobleme dringend ist. Darum bitte ich Sie und empfehle Ihnen, dem Antrag Mugny zuzustimmen.

Etter: Nach den verschiedenen Anträgen zur Finanzierung der Krankenversicherung scheint die Frage der Sondersteuern, im besondern auf Tabak und Alkohol, zu einer grundsätzlichen Ausmarchung zu werden. Diese Frage kann — vergessen Sie das nicht — sehr wohl zu einem Schicksalsartikel werden. Sie werden es nun einem, dessen berufliche Tätigkeit durch die Alkoholsteuern mindestens am Rande mitanvisiert wird, nicht übelnehmen, wenn er hier die Meinung vertritt, dass Sondersteuern für die Finanzierung der Krankenversicherung ganz allgemein fehl am Platze sind. Ich darf diesen Standpunkt hier um so unbelasteter vertreten, als in meinem Fall der Alkohol nur rund 10 Prozent des Umsatzes ausmacht. Ich wehre mich ganz grundsätzlich dagegen, dass für Lasten, die jeder von uns mitversuchen hilft, bestimmte Gruppen in «besonders liebevoller Weise» herangezogen werden, ohne dass sie dazu besonders geeignet sind. Obwohl ich mitten in der Getränke- und Lebensmittelbranche stehe, habe ich noch nie gehört, dass dort hohe Gewinne erzielt würden, im Gegenteil! Ich darf deshalb wohl fragen, warum man nicht auf den hehren Gedanken kommt, diejenigen Kreise für die Finanzierung besonders einzuspannen, die in der heutigen Zeit Supergewinne oder auch Superhonorar-

re einkassieren. Im übrigen ist man so leicht geneigt, auch an diesem Pult, in bezug auf die Alkoholsteuern zu verniedlichen. Man muss es wieder einmal sagen, wie die Dinge in der Tat liegen: Der Bund bezahlt gegenwärtig für den Alkohol (für den Kernobstbranntwein) dem Produzenten ziemlich genau 7 Franken je Liter 100 Prozent. Er verkauft denselben Alkohol aber zu gut 26 Franken. Nach Strübis Rechnungsbüchlein ist das immerhin eine Steuer von rund 300 Prozent. Ich glaube, diese 300 Prozent sind doch auch etwas!

Im übrigen möchte ich mit Herrn Gautier die Frage aufwerfen, ob man wirklich glaubt, dass man mit einer supermaximalen Belastung die dem Trunke verfallenen Alkoholiker von ihrem Uebel oder Laster abhalten könnte. Es darf doch hier festgestellt werden, dass der mässige Konsum von Alkohol und der mässige Genuss von Nikotin dem Menschen gelegentlich auch eine Minute oder eine Stunde der Erholung bedeuten, für ihn vielleicht sogar ein gewisses Vergnügen sind. Wir sind doch schlussendlich nicht nur zum Krampfen und zum Steuerzahlen da! (Heiterkeit)

Zu Herrn Kollega Letsch möchte ich sagen, dass ich nicht glaube, dass der Zuschlag zur Warenumsatzsteuer ein geeignetes Mittel wäre. Wenn wir anfangen, Steuern für Sonderzwecke abzuzweigen, kommen wir nirgends hin. Wenn Herr Letsch diese Art als besonders einfach darzustellen versucht, dann muss ich ihm doch entgegen, dass es Tausende und Tausende von Rechnungen gibt, die in der Praxis draussen geschrieben werden müssen, zum Beispiel von einem Chauffeur-Verkäufer. Man soll mir sagen, wie man beispielsweise im Winter bei 7,26 Prozent Zuschlag zur Warenumsatzsteuer noch einfache Rechnungen ausstellen kann. Natürlich ist alles zu überwinden, aber wir sollten die Dinge nicht in dieser Art und Weise komplizieren und der Praxis Sachen aufzwingen, die man einfacher gestalten könnte.

Ich begrüsse eine Neuregelung der Krankenversicherung und eine möglichst soziale und gerechte Lastenverteilung. Ich lehne es aber entschieden ab, dass hier der Grundsatz praktiziert werden soll: «Herr, verschone unsere Häuser, zünd' lieber andere an!»

M. Copt: Après les explications lumineuses de notre collègue M. Gautier, qui a parlé avec toute l'autorité que lui donne sa profession de médecin, et de M. Etter, spécialiste en la matière, je pourrai être particulièrement bref en ce qui concerne l'impôt spécial sur les produits nuisibles, mais il m'a semblé que la présence d'un Valaisan à cette tribune s'imposait.

Je souscris entièrement aux considérations générales de M. Gautier. Rien n'est nuisible et tout est nuisible, c'est l'excès en toutes choses qui est nuisible. J'adhère tout spécialement aux remarques de M. Gautier sur l'immoralité qu'il y a de la part de l'Etat à percevoir sur des produits qu'il juge nuisibles une taxe élevée comme vient de nous l'apprendre M. Etter, en favorisant la distribution, car M. Gautier l'a très bien dit, les hausses des taxes importantes ne limitent pas finalement la consommation. Si vraiment il y a des produits nuisibles, il faut purement et simplement en interdire la fabrication et la vente.

Ainsi, je crois que la formule générale que nous proposons la minorité et M. Letsch est inacceptable. Restent les formules plus précises de nos collègues MM. Alder et Zwygart. Il s'agit en fait de taxer l'alcool et le tabac. Alors en ce qui concerne l'alcool, il semble bien qu'il n'y ait plus que le vin qui ne soit pas taxé. En vertu du monopole, toutes les boissons distillées sont fortement

taxées. Il existe également un impôt sur la bière. Reste le vin. Ce n'est pas la première fois que l'on parle dans ce Parlement d'un impôt sur les vins. Le Parlement l'a toujours refusé après une exception: c'est la fameuse expérience Musy. Les plus anciens d'entre vous s'en souviennent et se souviennent du tollé général que cette expérience a soulevé dans le pays et du soulagement de la quasi-totalité de l'opinion publique — à part quelques généreux utopiques — lorsque cet impôt a disparu. Par conséquent, je ne crois pas que le Parlement soit prêt à admettre une telle taxe qui, finalement, ne frapperait plus qu'un seul alcool qui pour l'instant n'est pas frappé, le vin.

En ce qui concerne le tabac, je crois que la cause est entendue si je vous donne connaissance de l'article 34quater, 6e alinéa: «Dès le 1er janvier 1926, la Confédération affectera à l'assurance en cas de vieillesse et à l'assurance des survivants le produit total de l'imposition du tabac.» Nous ne pouvons donc pas frapper encore le tabac sans affecter finalement le montant des taxes à l'AVS, ou alors il faudrait modifier l'article 34quater, 6e alinéa. En conclusion, je vous propose de repousser toutes ces propositions de nos collègues, certes généreuses mais parfaitement utopiques et en tout cas anti-constitutionnelles en ce qui concerne le tabac.

Röthlin: An sich ist es erfreulich, dass in diesem Hohen Hause um die Finanzierung des Krankseins so positiv und aktiv gerungen wird. Vielfach hatten wir ja schon Vorlagen, die in die Millionen gingen, in einigen wenigen Minuten erledigt. Wahrscheinlich ist das der Nachhall zu einem Aufruf in der Botschaft der eidgenössischen Staatsrechnung von unserem Bundesrat aus dem Jahre 1972, wo wir lesen konnten: «Es ist deshalb im Interesse eines geordneten Finanzhaushaltes unerlässlich, dass namentlich bei der Behandlung neuer Vorlagen den finanziellen Konsequenzen vermehrte Beachtung geschenkt und gleichzeitig auch die Deckungsfrage gelöst wird.»

Auf dies in der Kommission hingewiesen, hat mir Herr Bundesrat Tschudi zur Antwort gegeben, dass ja in abschbarer Zeit die Mehrwertsteuer eingeführt werden soll. Man kann sich nun fragen, wann diese Mehrwertsteuer kommt, um so mehr als wir ja bereits gehört haben, dass die gleichen Gegner, die heute gegen eine Sondersteuer aufgetreten sind, sich auch gegen eine Mehrwertsteuer ausgesprochen haben.

Wie steht es nun mit der Tabaksteuer? In den Perspektiven des Bundeshaushaltes lesen wir auf Seite 13: «Bei der zur Deckung der Aufwendungen für die AHV und die IV zweckgebundenen Tabaksteuer wird voraussichtlich im Laufe des Jahres 1974 der Steuersatz erneut hinaufgesetzt.» Mit andern Worten: Auch den Antrag Zwyygart können wir nicht akzeptieren. Darum bin ich der Meinung, dass wir hier zu einem Kompromiss kommen müssen, wie ihn uns Herr Kollega Egli in seinem Grundsatzantrag vorschlägt, nämlich auf gesundheitsgefährdenden Produkten eine Sondersteuer zu erheben. Unsere Aufgabe wird es dann sein, bei der Gesetzgebung die Details zu bestimmen. Wir wissen ja, dass die Zukunft nicht rosig aussieht. Die Perspektivstudie des Verbandes der schweizerischen Versicherungsgesellschaften ergibt je nach Entwicklung schon im Jahre 1985 eine Gesamtbelastung für die soziale Sicherheit zwischen 41,8 und 54,2 Prozent des Erwerbseinkommens, und bis zur Jahrtausendwende sei mit weiteren Erhöhungen zu rechnen. Wir haben es bald besser als im schön gelobten Schweden! Darum opponiere ich der Absicht, einmal

mehr die Lasten der sozialen Aufgaben nur auf den Buckel der Arbeitgeber und Arbeitnehmer abzuwälzen. Ich habe es in der Kommission schon erwähnt: diese scheinen allgemach die Lastentiere zu werden, welche phantasielose Sozialpolitiker durch die Wüste tragen sollen. Oder mit andern Worten: Man darf dem Huhn, das goldene Eier legen soll, nicht den Hals umdrehen. Ich bin vielmehr der Meinung, dass auch der Steuerzahler seinen Beitrag leisten muss.

Kürzlich hat unser Finanzminister auch darauf hingewiesen. Sie haben es sicher gelesen. Trotzdem fühle ich mich verpflichtet, ihn zu zitieren: «Die Schweizer wollen hohe Wachstumsraten, aber der Bundesrat muss die Fremdarbeiter stabilisieren. Sie wollen schwedische Sozialverhältnisse, aber schweizerische Steuern zahlen. Dazu kommt noch die Problematik der Sozial- und Spalkosten, die das Kranksein verunmöglichen. Etwas weniger Hysterie wäre auch hier am Platz.»

Ferner möchte ich kurz auf die sonntägliche Sendung «Tatsachen und Meinungen» hinweisen. Das hat zwar mit Kranksein nichts zu tun. Aber immerhin ist dort von Herrn Publizist Buchbinder ein Satz gefallen, dass für die Mirage-Schlamasselei einige Milliarden verpfuscht worden seien — und gleichzeitig seien X-Millionen für die AHV nicht bewilligt worden. Ich möchte immerhin feststellen, dass die Bundesausgaben von 1970 bis zum Budget 1974 um 65 Prozent steigen, für die Landesverteidigung lediglich um 32 Prozent, und in der gleichen Periode Rechnung 1970/Budget 1974 um ganze 100 Prozent.

Und so soll es weitergehen! Mit Salomitaktik verlangt man weniger Arbeit und mehr Lohn. Bereits haben wir die Initiative für die 40-Stunden-Woche. Etwas wird dann sicher hängenbleiben. Jedenfalls erhielt ich dieser Tage vom oberländischen Pflege- und Altersheim Utzigen einen kurzen Brief über die Auswirkungen einer allfälligen 40-Stunden-Woche. Bei 65 Angestellten und 300 Pflinglingen würden die Mehrausgaben mindestens 240 000 Franken betragen, was jährlich das Kostgeld der Pflinglinge um 600 bis 800 Franken erhöhen würde — eine Kostenexplosion, die nicht zu verantworten ist. Ich möchte hier sagen: Wehren wir den Anfängen.

Ich bitte Sie deshalb, den Minderheitsantrag Ribi mit den 2 Lohnprozenten zu unterstützen. Hier darf ich noch etwas beifügen: Diese 2 Lohnprocente betragen immerhin 1,8 Milliarden. Werden diese 1,8 Milliarden bei der nächsten oder übernächsten Lohnrunde dem Arbeitgeber überwältigt? Mit andern Worten: Je mehr Lohnprocente, desto stärker drehen wir an der Inflationsspirale. Und gerade dieser Tendenz haben wir heute entgegenzuwirken.

Hubacher: Nachdem Herr Breitenmoser berichtet hat, ich hätte aus dem Parteiprogramm der CVP schlecht zitiert — also er hat mir auf Baseldeutsch gesagt: schlecht zitieren kann er offenbar gut — möchte ich jetzt vollumfänglich zitieren, was der Pressedienst der Christlichdemokratischen Volkspartei, also der offizielle Pressedienst, den ich als Quelle genommen habe, über das Obligatorium am 16. Juli 1973 geschrieben hat. Ich war der Meinung, dass dieser Pressedienst das Parteiprogramm interpretiere. «Es wird sicher unser Ziel sein müssen», heisst es, «dass wir heute in unserer Gesellschaft jeder Familie und jedem Menschen, so auch den alten und invaliden Mitmenschen, Versicherungsschutz bei Krankheit bieten müssen. Das Obligatorium ist das Mittel, um dieses Ziel zu erreichen. Was im Krankheitsfall an ärztlicher und spitalärztlicher Pflege

sowie an Heilmitteln notwendig ist, das müsste von unserer Gesellschaft jedem Menschen zu tragbaren finanziellen Bedingungen gewährleistet sein. Trotzdem der grosse Teil des Volkes heute weitgehend versichert ist, wagt man den Schritt zum Bundesobligatorium nicht, obschon jeder Praktiker nachweisen wird, dass immer wieder jene Fälle unberücksichtigt bleiben, wo die soziale Not am grössten ist.» Zum Schluss heisst es: «Wer heute immer noch behauptet, dass ein Obligatorium den Medizinalkonsum anreizt, der übersieht schlicht und einfach die harte Wahrheit, dass unser bisheriges auf Freiwilligkeit basierendes System zur grössten Kostenexplosion und zu einem horrenden Medizinalkonsum geführt hat. Diese Tatsache wird niemand wegleugnen können. Es wäre wertvoll, sich dies zu überlegen, bevor man dem Volke eine halbe Lösung vorlegt.»

Es lag mir einfach daran, nicht etwas Falsches zitiert zu haben.

Präsident: Die Diskussion ist damit geschlossen. Die Kommissionsberichterstatter und die Vertreter des Bundesrates werden morgen sprechen.

Hier wird die Beratung abgebrochen

Ici, le débat est interrompu

Schluss der Sitzung um 12.45 Uhr

La séance est levée à 12 h 15

Dritte Sitzung — Troisième séance

Mittwoch, 28. November 1973, Vormittag

Mercredi 28 novembre 1973, matin

8.00 h

Vorsitz — Présidence: Herr *Muheim*

11 572. Bundesverfassung. Krankenversicherung. Bericht zum Volksbegehren

Constitution fédérale. Assurance-maladie. Rapport sur l'initiative

Art. 2 Abs. 2 Buchst. a

Fortsetzung — Suite

Siehe Seite 1446 hiervor — Voir page 1446 ci-devant

Präsident: Obschon ich gestern die Diskussion zu Artikel 2 Absatz 2 Buchstabe a geschlossen habe, möchte ich nun noch Herrn Aubert das Wort erteilen zur Begründung eines Antrages, den er angekündigt hatte und der inzwischen eingegangen ist. Ich nehme an, Sie seien damit einverstanden. (*Zustimmung*)

M. Aubert: Vous voudrez bien m'excuser d'avoir l'esprit de l'escalier. C'est en suivant, lundi et mardi, les débats que j'ai commencé à me poser quelques questions sur l'alinéa 2, lettre a, dont nous délibérons maintenant.

J'ai des doutes sur la solution qui nous est proposée, tant par la majorité que par la minorité, et j'aimerais vous inviter à la reconsidérer brièvement.

Mes doutes sont de trois natures: d'abord, j'estime que nous sommes en train de confondre une cotisation avec un impôt; ensuite, puisqu'il s'agit d'un impôt, je ne comprends pas qu'il ne soit perçu que sur un élément du revenu; et enfin, je ne vois pas pourquoi la constitution se réfère à une loi.

Mon premier grief, c'est que nous confondons une cotisation et un impôt. En effet, dans l'assurance-vieillesse et survivants, où nous avons une coïncidence parfaite entre l'assujettissement à l'assurance, qui est obligatoire, et le paiement de cotisations, le terme est approprié. Mais, dans la proposition de la majorité qui nous est faite aujourd'hui, l'assurance n'est pas obligatoire, alors que la cotisation l'est; il en résulte logiquement que nous sommes en présence d'un impôt. Et quel curieux impôt! Un impôt dont le taux maximal est fixé dans la constitution; un impôt dont le produit est affecté à un objet déterminé. Deux particularités qui me paraissent anachroniques. Nous avons déjà l'illustre précédent d'un taux maximal fixé dans la constitution, avec l'impôt pour la défense nationale et l'impôt pour le chiffre d'affaires; je doute que l'exemple soit heureux. Ces impôts dont le produit est affecté à un objet déterminé devraient être évités. Pourquoi ne viendriez-vous pas, dans un an ou deux, nous demander 2 pour cent du

Bundesverfassung. Krankenversicherung. Bericht zum Volksbegehren

Constitution fédérale. Assurance-maladie. Rapport sur l'initiative

In	Amtliches Bulletin der Bundesversammlung
Dans	Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale
In	Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale
Jahr	1973
Année	
Anno	
Band	IV
Volume	
Volume	
Session	Wintersession
Session	Session d'hiver
Sessione	Sessione invernale
Rat	Nationalrat
Conseil	Conseil national
Consiglio	Consiglio nazionale
Sitzung	02
Séance	
Seduta	
Geschäftsnummer	11572
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	27.11.1973 - 08:00
Date	
Data	
Seite	1446-1477
Page	
Pagina	
Ref. No	20 002 462

Dieses Dokument wurde digitalisiert durch den Dienst für das Amtliche Bulletin der Bundesversammlung.

Ce document a été numérisé par le Service du Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale.

Questo documento è stato digitalizzato dal Servizio del Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale.

sowie an Heilmitteln notwendig ist, das müsste von unserer Gesellschaft jedem Menschen zu tragbaren finanziellen Bedingungen gewährleistet sein. Trotzdem der grosse Teil des Volkes heute weitgehend versichert ist, wagt man den Schritt zum Bundesobligatorium nicht, obschon jeder Praktiker nachweisen wird, dass immer wieder jene Fälle unberücksichtigt bleiben, wo die soziale Not am grössten ist.» Zum Schluss heisst es: «Wer heute immer noch behauptet, dass ein Obligatorium den Medizinalkonsum anreizt, der übersieht schlicht und einfach die harte Wahrheit, dass unser bisheriges auf Freiwilligkeit basierendes System zur grössten Kostenexplosion und zu einem horrenden Medizinalkonsum geführt hat. Diese Tatsache wird niemand wegleugnen können. Es wäre wertvoll, sich dies zu überlegen, bevor man dem Volke eine halbe Lösung vorlegt.»

Es lag mir einfach daran, nicht etwas Falsches zitiert zu haben.

Präsident: Die Diskussion ist damit geschlossen. Die Kommissionsberichterstatter und die Vertreter des Bundesrates werden morgen sprechen.

*Hier wird die Beratung abgebrochen
Ici, le débat est interrompu*

*Schluss der Sitzung um 12.45 Uhr
La séance est levée à 12 h 15*

Dritte Sitzung — Troisième séance

Mittwoch, 28. November 1973, Vormittag

Mercredi 28 novembre 1973, matin

8.00 h

Vorsitz — Présidence: Herr *Muheim*

11 572. Bundesverfassung. Krankenversicherung. Bericht zum Volksbegehren

Constitution fédérale. Assurance-maladie. Rapport sur l'initiative

Art. 2 Abs. 2 Buchst. a

Fortsetzung — Suite

Siehe Seite 1446 hiervor — Voir page 1446 ci-devant

Präsident: Obschon ich gestern die Diskussion zu Artikel 2 Absatz 2 Buchstabe a geschlossen habe, möchte ich nun noch Herrn Aubert das Wort erteilen zur Begründung eines Antrages, den er angekündigt hatte und der inzwischen eingegangen ist. Ich nehme an, Sie seien damit einverstanden. (*Zustimmung*)

M. Aubert: Vous voudrez bien m'excuser d'avoir l'esprit de l'escalier. C'est en suivant, lundi et mardi, les débats que j'ai commencé à me poser quelques questions sur l'alinéa 2, lettre a, dont nous délibérons maintenant.

J'ai des doutes sur la solution qui nous est proposée, tant par la majorité que par la minorité, et j'aimerais vous inviter à la reconsidérer brièvement.

Mes doutes sont de trois natures: d'abord, j'estime que nous sommes en train de confondre une cotisation avec un impôt; ensuite, puisqu'il s'agit d'un impôt, je ne comprends pas qu'il ne soit perçu que sur un élément du revenu; et enfin, je ne vois pas pourquoi la constitution se réfère à une loi.

Mon premier grief, c'est que nous confondons une cotisation et un impôt. En effet, dans l'assurance-vieillesse et survivants, où nous avons une coïncidence parfaite entre l'assujettissement à l'assurance, qui est obligatoire, et le paiement de cotisations, le terme est approprié. Mais, dans la proposition de la majorité qui nous est faite aujourd'hui, l'assurance n'est pas obligatoire, alors que la cotisation l'est; il en résulte logiquement que nous sommes en présence d'un impôt. Et quel curieux impôt! Un impôt dont le taux maximal est fixé dans la constitution; un impôt dont le produit est affecté à un objet déterminé. Deux particularités qui me paraissent anachroniques. Nous avons déjà l'illustre précédent d'un taux maximal fixé dans la constitution, avec l'impôt pour la défense nationale et l'impôt pour le chiffre d'affaires; je doute que l'exemple soit heureux. Ces impôts dont le produit est affecté à un objet déterminé devraient être évités. Pourquoi ne viendriez-vous pas, dans un an ou deux, nous demander 2 pour cent du

revenu pour l'instruction publique et, dans trois ans, 2 pour cent du revenu pour les transports publics et, dans cinq ans, 1 pour cent pour l'administration de la justice? Toutefois, quand je considère la satisfaction avec laquelle certains de mes collègues contemplent leur invention, je crains que cette objection ne les laisse indifférents.

C'est pourquoi je passe à la deuxième. Cet impôt est injuste. Il ne frappe qu'une catégorie de revenus, à l'exclusion des autres. Vous vous référez à l'AVS. Mais l'AVS ne perçoit de cotisations que sur le revenu du travail; ce qui est juste, parce que les rentes de l'AVS remplacent une partie du revenu du travail qui disparaît en raison de l'âge, du prédécès ou de l'invalidité. Je comprendrais qu'on use du même procédé pour financer les indemnités journalières d'assurance-maladie; ce serait encore logique. Cela n'est plus logique lorsqu'il s'agit de financer les frais médicaux et pharmaceutiques. J'aimerais qu'on m'explique pourquoi le revenu du travail seul, et non le revenu de la fortune, devraient supporter ces frais médicaux et pharmaceutiques. Prenons un petit exemple: si une personne tire 20 000 francs de son travail et 20 000 francs de son portefeuille, avec le taux maximal que nous propose l'une des variantes que vous avez sous les yeux, cette personne paiera 600 francs. Si la même personne tire 40 000 francs de son travail et n'a pas de portefeuille, elle paiera 1200 francs, bien qu'elle ait exactement le même revenu. Je demande au rapporteur et au représentant du Conseil fédéral qu'on m'explique cette différence. C'est, je le crains, uniquement pour simplifier la procédure que vous ne frappez que l'impôt sur le revenu du travail.

J'arrive maintenant à mon troisième et dernier grief. Vous vous référez donc au «système de l'assurance-vieillesse et survivants». L'ennui, c'est que ce «système» n'est pas dans la constitution. L'article 34^{quater}, que nous avons longuement élaboré ensemble au printemps de l'année 1972, ne dit rien d'une cotisation proportionnelle au revenu du travail. Il parle des trois piliers. En précisant ce que sera le 1er pilier, il dit qu'il sera financé par des cotisations des assurés, sans rien ajouter. Il n'y a pas, dans la constitution, la moindre allusion à un pourcentage des salaires. C'est dans la loi de 1946 et dans elle seule que le système de l'AVS est décrit. Ce serait la première fois, à ma connaissance, qu'un article constitutionnel ne puisse être compris que si on a pris le soin de lire préalablement une loi ordinaire.

En résumé, il s'agit d'un impôt vétuste, d'un impôt injuste, d'une technique étrange. La proposition que j'ai l'honneur de vous présenter cherche à pallier ces inconvénients. Pour le premier point, je me rattache à l'opinion de M. Mugny, qui évite certains des défauts de cet impôt. Pour le deuxième, je supprime la discrimination entre le revenu du travail et le revenu de la fortune, en ne parlant que du revenu. Pour le troisième, enfin, je raye la mention de l'assurance-vieillesse et survivants et je ne garde que l'idée de la proportion. Je vous prie de réexaminer cette proposition.

M. Martin, rapporteur: A l'article 2, alinéa 2, lettre a, que nous sommes en train de débattre, je constate que nous y trouvons, au fond, les trois éléments importants de la loi.

Nous avons d'abord cherché à établir et à définir l'étendue de l'assurance en précisant, notamment dans la version de la commission, cette étendue d'une manière un peu plus complète que ne l'avaient fait et le Conseil des Etats et le Conseil fédéral.

Le deuxième point est la notion, plus ou moins étendue, de l'obligation, que nous avons cherché à définir, et le troisième point, c'est le problème du financement. Ces trois points sont importants non seulement pour la loi, mais encore pour la modification de l'article constitutionnel et les différents projets que nous avons eus à étudier.

En ce qui concerne le financement, puisque c'est à ce sujet que nous avons maintenant des divergences assez importantes, vous disposez de plusieurs systèmes possibles. Je constate d'abord que, d'une façon toute générale, il est prévu une cotisation de solidarité, genre AVS. M. Aubert a très bien défini, en savant juriste qu'il est, la difficulté que nous avons à établir la manière dont il faut percevoir cette cotisation; il a dit lui-même que, pour des raisons pratiques et de simplicité, nous en sommes venus au système genre AVS.

Les participations individuelles sont le deuxième élément du financement, soit sous forme de primes, soit sous forme de franchise.

Le troisième élément, enfin, c'est la participation des pouvoirs publics. La facture totale prévue pour 1976, selon les indications qui nous ont été données par le professeur Kaiser, spécialiste de ces questions, est de l'ordre de 6 milliards pour le total des frais médicaux et pharmaceutiques, et ceci quelle que soit la solution adoptée, car les prestations seront à peu près toujours les mêmes, je dis bien «à peu près».

Devant l'importance de la facture, votre commission a examiné quels étaient les buts à atteindre. Le premier, à notre sens, c'est de maintenir les cotisations des assurés à un niveau supportable. En effet, vu l'augmentation du coût de la médecine, ces cotisations ont augmenté d'année en année pour atteindre actuellement des niveaux qui sont difficilement acceptables et qui suscitent les protestations des assurés. Le deuxième but, c'est de ne pas trop recourir au financement par les pouvoirs publics, qu'ils soient cantonaux ou fédéraux, vu l'augmentation constante de leurs charges — le message accompagnant le budget de 1974 en a déjà fait état — pour payer toutes les dépenses que nous décidons. Enfin, troisième but, nous avons cherché à introduire un moyen de freiner les dépenses et d'éviter les abus, ceci non seulement de la part des assurés mais aussi des médecins et des hôpitaux. Il convient, en effet, que tous les intéressés cherchent à diminuer dans une mesure plus ou moins grande les frais médicaux et ce qu'on a appelé «l'explosion des coûts médicaux».

Pour arriver à ces buts, il y a plusieurs systèmes. Il y a d'abord celui de l'initiative qui n'envisage que des contributions (système AVS) avec l'aide des pouvoirs publics et avec une franchise. Nous avons déjà longuement parlé du système AVS. Quant aux contributions des pouvoirs publics, c'est au fond le recours à l'impôt et à la franchise, c'est une participation plus ou moins grande des assurés eux-mêmes.

Dans les contre-projets, ceux du Conseil fédéral, du Conseil des Etats ou de la majorité de votre commission, le financement est assuré par les contributions des employeurs, les cotisations des assurés, avec franchise, et une participation des pouvoirs publics. Dans ce deuxième système, il y a des variantes, les différents amendements qui vous ont été proposés par les uns et par les autres. Ces variantes recourent plus ou moins à l'un ou l'autre des systèmes, mais ce que nous pouvons dire c'est que si l'on retient le système genre AVS, il faut ou fixer les cotisations d'après l'évolution des coûts de la médecine hospitalière ou ambulatoire, ou en pour-

cent des revenus lucratifs. La majorité de votre commission a donné la préférence à la perception de la contribution système AVS sur les revenus lucratifs avec un taux maximal inscrit dans la constitution. J'aimerais souligner, en passant, que M. Aubert vient de dire que ces taux ne devraient pas être inscrits dans la constitution. Or j'ai eu la curiosité de la relire, en partie, et j'ai constaté qu'à plusieurs reprises des taux sont mentionnés, par exemple aux articles 41 et suivants où l'on parle des impôts sur le chiffre d'affaires et de consommation. Cela n'est peut-être pas heureux, puisque M. Aubert nous l'affirme, mais enfin c'est un fait et je ne veux pas multiplier les exemples. Nous n'introduirions donc pas une nouveauté en mentionnant ces taux dans la constitution.

Selon le système pris en considération, celui du Conseil des Etats ou celui de la majorité de la commission, nous avons des taux de 2 ou de 3 pour cent. Je vous signale qu'un taux de 1 pour cent représente une participation de 900 millions selon le niveau actuel des revenus, autrement dit le système proposé par le Conseil des Etats aboutit à une participation de 1800 millions et celui de la majorité de votre commission à 2700 millions.

Si l'on veut se baser sur les coûts de la médecine, la majorité de votre commission est arrivée à la conclusion que tous les intéressés seront alors tentés de penser qu'il est vain de chercher à limiter les frais puisque automatiquement les contributions augmenteraient. C'est ce qui explique la préférence qui a été donnée au taux sur les revenus lucratifs, le 3 pour cent inscrit dans la constitution afin de permettre à la Confédération de disposer de ressources suffisantes pour la part que cette fraction du financement permettrait de couvrir. En ce qui concerne les impôts spéciaux, nous en avons aussi discuté en commission. MM. Gautier, Copt et Etter vous ont démontré les difficultés d'application de ces systèmes d'impôts sur les produits nuisibles à la santé, qu'ils soient désignés nommément dans la constitution ou que l'on s'en tienne à cette expression très générale. De toute manière, on se trouve devant une notion très difficile à définir. En fait, c'est l'abus de tous ces produits qui est nuisible, comme l'a déjà expliqué un de nos collègues. Ainsi, on pourrait par exemple taxer le chocolat, car si l'on en abuse il devient évidemment nuisible à la santé.

Quant aux impôts sur l'alcool et sur le tabac, j'aimerais en revenir à l'article 34^{quater} de la constitution qui précise que: «Dès le 1er janvier 1926, la Confédération affectera à l'assurance en cas de vieillesse et à l'assurance des survivants le produit total de l'impôt du tabac.» M. Copt vous avait lu cette partie, je vous cite la fin. «La part de la Confédération aux recettes nettes provenant de l'imposition des eaux-de-vie sera affecté à l'assurance en cas de vieillesse et à l'assurance-survivants.» Il est donc parfaitement clair qu'une nouvelle affectation ne peut être introduite sans une modification de la constitution. Or comme ces impôts représentent, pour le budget de 1974, environ 100 millions en ce qui concerne l'alcool et 800 millions pour le tabac, il apparaît évident que, si une partie de ces impôts est soustraite en faveur de l'assurance-maladie, la compensation pour financer l'AVS doit être alors trouvée; cependant, du point de vue de la constitution, l'on ne peut apporter une modification sans rédiger alors un nouvel article sur ces impôts spéciaux.

J'ai déclaré tout à l'heure que ces produits nuisibles à la santé sont difficiles à définir. Si l'on prend l'exemple du vin — auquel beaucoup ont songé — on constate

qu'il faisait partie de la pharmacopée de l'ancien temps; il était donc alors un remède, considéré comme un produit utile au maintien de la santé. A son propos, M. Copt a déclaré que, tout au moins dans son canton, l'introduction d'un impôt sur le vin susciterait un tollé de protestations; en ce qui me concerne, je puis aussi vous assurer qu'une telle taxation dans le canton de Vaud provoquerait une levée de boucliers à laquelle se rallieraient même mes collègues MM. Muret et Forel, j'en suis absolument persuadé. Ainsi donc, pour ma part, je ne peux que vous déconseiller de songer à introduire cet impôt sur le vin.

C'est pourquoi, pour en terminer avec ces quelques considérations, je vous prierai de repousser, d'une part, les amendements tels qu'ils vous ont été proposés par MM. Zwyzart et Alder sur les impôts spéciaux, de même que partiellement l'amendement proposé par M. Egli, d'autre part, l'amendement de M. Letsch qui tend à dissocier l'impôt du chiffre d'affaires par l'attribution d'une partie seulement à l'assurance-maladie; or l'obstacle à cela, c'est l'universalité du budget. Je vous invite également à repousser la proposition de M. Mugny qui base sa participation aux frais sur l'évolution des frais médico-pharmaceutiques, à savoir que «la cotisation doit couvrir entre 40 et 50 pour cent de ces frais médico-pharmaceutiques».

En conséquence, je vous invite à vous rallier à l'avis de la majorité de la commission.

Trottmann, Berichterstatter: Nach der Fassung des Ständerates ist die Krankenpflegeversicherung durch Beiträge der Versicherten, des Bundes und der Kantone zu finanzieren. Zudem ist den Versicherten eine angemessene Beteiligung an den Krankheitskosten zu überbinden. Die Kostenbeteiligung der Versicherten führte in der Kommission zu einer längeren Aussprache. Unbestritten war die Kostenbeteiligung als grundsätzlicher Teil der Finanzierung der Krankenpflegeversicherung. Ein Antrag, die vorgesehene «angemessene Beteiligung» durch eine «mässige Beteiligung» zu ersetzen, wurde jedoch mit 13:10 Stimmen abgelehnt. Die Kommission war sich aber einig, dass die angemessene Kostenbeteiligung für die Versicherten tragbar sein muss; die Ausgestaltung der Kostenbeteiligung an den Krankenpflegekosten ist jedoch Sache der Gesetzgebung.

Einlässlich wurde dann über den allgemeinen Beitrag nach den Regeln der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung diskutiert, für den der Ständerat die Limitierung auf 2 Prozent des Erwerbseinkommens vorsieht. Unbestritten ist, dass dieser Beitrag bei Arbeitnehmern zur Hälfte vom Arbeitgeber übernommen werden muss. Dagegen ist die Höhe dieses Beitrages umstritten, wobei die Kommissionsmehrheit die Limitierung auf 3 Prozent und die Minderheit II auf bis zu 50 Prozent der gesamten Krankenpflegekosten vorsehen will.

Die Kommissionsminderheit I will das Obligatorium der Krankenpflegeversicherung verwirklichen und schlägt vor, für 70 Prozent der Krankenpflegekosten lohnprozentuale Beiträge zu erheben, während 10 Prozent auf die Kostenbeteiligung und 20 Prozent auf Beiträge des Bundes und der Kantone entfallen würden.

Alle vorliegenden Modelle für die Neuordnung der Krankenversicherung rechnen in der Pflegeversicherung ab dem Jahre 1976 mit rund 6 Milliarden Franken Kosten. Zusätzlich entfallen etwas über eine Milliarde Franken Kosten auf die Krankengeldversicherung. Wie

bereits mehrfach dargelegt wurde, sind zur vollen Kostendeckung in der Krankenpflegeversicherung 6,6 bis 6,8 Lohnprocente erforderlich. Nach dem Beschluss der Kommissionsmehrheit, die sich mit 15:10 Stimmen für die Erhebung von 3 Lohnprozenten entschied, würden rund 2,7 Milliarden Franken, gegenüber 1,8 Milliarden Franken bei 2 Lohnprozenten, eingehen. Mit 3 Lohnprozenten, bemessen auf das Jahr 1976, könnten rund 45 Prozent der Krankenpflegekosten finanziert werden. Mit der Zweckbestimmung «zugunsten der gesamten Bevölkerung, insbesondere für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung und der Hauspflege sowie für Mutterchaftsleistungen und präventivmedizinische Massnahmen» werden aber wesentliche Teile dieser Gelder für spezielle Aufgaben gebunden.

Die Kommission hat einen Antrag, diese Beiträge über die Versicherungsträger zugunsten der gesamten Bevölkerung zu verwenden, mit 14:3 Stimmen, bei einigen Enthaltungen, abgelehnt. Herr Bundesrat Tschudi wie auch die Vertreter des Bundesamtes haben aber erklärt, dass für die Verwendung dieser Mittel beide Wege offen sind, also einerseits über die Versicherungsträger und andererseits als Betriebskostenbeiträge an die Spitäler oder an die Kantone. Wie die Expertenkommission schon festgestellt hat, wären aber allfällige Beiträge an Neu- oder Erweiterungsbauten von Heilanstalten aus allgemeinen Bundesmitteln zu leisten, wenn dies zur Verwirklichung einer zielgerichteten Spitalplanung notwendig wird. Die lohnprozentualen Beiträge haben — entsprechend der verfassungsmässigen Umschreibung — der Senkung der individuellen Krankheitskosten zu dienen.

Der Antrag der Minderheit II, der mit dem Vorschlag des Kollegen Mugny wesentlich verbessert wurde, will, wie der Bundesrat, auf die Fixierung des lohnprozentualen Beitrages in der Verfassung verzichten. Um aber der Kostenexplosion wirksam begegnen zu können, soll die Begrenzung auf höchstens 50 Prozent der gesamten Krankenpflegekosten angesetzt werden. Wie gestern auch von Kollege Wyer richtig dargelegt wurde, hätte eine solche Begrenzung der lohnprozentualen Beiträge in vielfacher Art bremsende Wirkung auf die Krankenpflegekosten. Die Kommission entschied sich jedoch mit 13:10 Stimmen für die Aufnahme von 3 Lohnprozenten als Finanzierungsteil der Krankenversicherung, womit die anfallenden Mehrkosten bei der Pflegeversicherung auch künftig wieder über die Kopfprämien, die Beiträge des Bundes und der Kantone sowie allenfalls durch höhere Kostenbeteiligungen finanziert werden müssen. Persönlich trete ich ein für den im Sinne des Antrages Mugny verbesserten Grundsatz der Berücksichtigung der gesamten Krankenpflegekosten, während die Mehrheit der Kommission jedoch die Erhebung von 3 Lohnprozenten empfiehlt.

Der Antrag der Minderheit I, der im Prinzip die sozialdemokratische Volksinitiative, soweit dies die Finanzierung der Krankenversicherung betrifft, in den Gegenvorschlag einbauen will, wurde von der Kommission mit 12:9 Stimmen bei einigen Enthaltungen abgelehnt.

Der Antrag Hubacher, der lediglich das Obligatorium der Krankenpflegeversicherung in der Verfassung verankern will, hinsichtlich der Finanzierungsart aber alle Möglichkeiten offen lässt, lag der Kommission nicht vor, weshalb ich nicht namens der Kommission dazu Stellung nehmen kann. Dasselbe trifft zu für den Eventualantrag des Kollegen Egli, der bei der Zustimmung zur Kommissionsmehrheit und der Ablehnung des Min-

derheitsantrages von Frau Ribl (die lediglich 2 Lohnprocente vorsehen will) die Finanzierung der gesamten Krankenpflegekosten auf höchstens 45 Prozent fixieren möchte. Ich muss daher in diesem Falle den Entscheid zwischen der Kommissionsmehrheit mit 3 Prozent, den mindestens 40 Prozent und höchstens 50 Prozent der Krankenpflegekosten gemäss Antrag Mugny, und den 3 Lohnprozenten und höchstens 45 Prozent der Krankenpflegekosten des Herrn Egli dem Plenum überlassen.

Dasselbe trifft zu für den meines Erachtens wichtigen Antrag des Kollegen Aubert, der darauf verzichten möchte, den in einem Gesetz festgelegten Grundsatz rückwärts in die Verfassung zu übernehmen. Hinsichtlich des zweiten Teils der Finanzierung mit der Erhebung von Sondersteuern kann ich mich nach den Darlegungen der Kollegen Fischer-Bern, Gautier, Etter und Copt kurz fassen.

Die Erträge der Tabakbesteuerung sind verfassungsmässig in vollem Umfange für die AHV reserviert. Dasselbe trifft zu für den Reinertrag auf den gebrannten Wassern. Auch die Biersteuer ist in der Finanzordnung geregelt und kann nicht zusätzlich für Zwecke der Krankenversicherung herangezogen werden. Der Fonds aus den früheren Ueberschüssen aus der Tabakbesteuerung beträgt Ende des kommenden Jahres, also Ende 1974, lediglich noch etwas mehr als 300 Millionen Franken, so dass die Zuschüsse zur AHV und Invalidenversicherung im Jahre 1975 allgemeine Bundesmittel von rund 600 Millionen Franken und im Jahre 1976 von einer Milliarde bedingen. Aus dieser Sicht gesehen werden die Tabaksteuern ohnehin eine spürbare Anpassung erfahren und auch die gebrannten Wasser werden teurer werden. Die Anträge der Kollegen Zwygart und Alder scheitern an der geltenden Verfassung und sind daher abzulehnen.

Der Antrag des Kollegen Letsch lag der Kommission nicht vor, weshalb die Kommission nicht dazu Stellung nehmen konnte. Persönlich halte ich aber dafür, dass es verfehlt wäre, einen solchen Weg zu beschreiten. 10 Prozent Zuschlag zur Warenumsatzsteuer würden zudem höchstens 350 Millionen Franken einbringen, während 1 Lohnprozent immerhin 900 Millionen Franken abwirft.

Der Antrag Egli, dem Bund die Kompetenz zur Erhebung von Sondersteuern auf gesundheitsgefährdenden Produkten einzuräumen, die ohnehin schwer abzugrenzen sind, wurde von der Kommission mit 10:8 Stimmen abgelehnt. Ich empfehle Ihnen daher auch hier, diesen Antrag zu verwerfen.

Bundesrat Tschudi: Die komplizierten Vorschläge, die Ihnen vorliegen, zeigen, dass die Regelung des Bundesrates deutliche Vorzüge gehabt hätte. Ich darf daran erinnern, dass sie hinsichtlich der Finanzierung kurz und bündig lautete, sie, also die Versicherung, «... wird durch Beiträge der Versicherten finanziert. Für Arbeitnehmer übernimmt der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge.» Hier war der Beitragscharakter klar, man bezahlte Beiträge und erhielt Leistungen im Rahmen der Grossrisikoversicherung. Die sogenannte Allianz der Aerzte und der Krankenkassen, denen der Ständerat und auch Ihre Kommission mindestens teilweise gefolgt sind, hat nun das Prinzip umgekehrt und geht von den Beiträgen aus, spricht von einem Beitragsobligatorium, ohne die Leistungen sehr klar festzulegen, und damit wechselt die Erhebung der Zuschläge, wenn man so sagen will, den Charakter. Es handelt sich nicht mehr

um Beiträge, sondern, wie Herr Professor Aubert mit Recht dargelegt hat, um Steuern, wobei zu sagen ist, dass immerhin der Ständerat und nun auch Ihre Kommission klargestellt hat, dass für diese Leistungen des Steuer- oder Beitragszahlers die ganze Bevölkerung gewisse Gegenleistungen erhalten soll.

Der Bundesrat hat, wie schon in der Eintretensdebatte dargelegt wurde, an sich Bedenken gegen eine ziffernmässige Festlegung von Beiträgen in der Verfassung. Zahlen gehören nicht in das Grundgesetz, wenn auch — wie Herr Präsident Martin mit Recht dargelegt hat — schon Ausnahmen vorgekommen sind.

Nun hat Herr Professor Aubert überdies auf eine andere Schwierigkeit aufmerksam gemacht. Sowohl die Mehrheit als auch die Kommissionsminderheit beantragen, es sei in der Verfassung die Finanzierung nach den Regeln der AHV festzulegen. Dies ist juristisch tatsächlich eigenartig, indem die Verfassung auf ein Gesetz, also auf eine untergeordnete Rechtsquelle verweist. An sich wäre es zweifellos richtig, die ganze Frage der Regelung der Beiträge beziehungsweise Steuern im Gesetz vorzunehmen. Herr Nationalrat Aubert beanstandet darüber hinaus, dass nur das Erwerbseinkommen belastet werden soll und nicht das Vermögenseinkommen. Auch dieser Einwand ist zweifellos beachtlich. Er hat immerhin selber schon darauf hingewiesen, dass eine Aenderung des Systems administrativ aufwendig und schwierig wäre. Wenn man Zuschläge zu den AHV-Beiträgen erheben kann, muss man keine neue Organisation aufziehen. Wenn Sie auch das Vermögenseinkommen belasten wollen, dann bedarf es wieder einer besonderen Verwaltung. Das System der AHV hat sich als einfach und wirksam erwiesen.

Die bundesrätliche Fassung liess die Frage offen. Sie konnte also nicht beanstandet werden, was erklärlich ist, da Herr Professor Aubert am bundesrätlichen Vorschlag intensiv mitgearbeitet hat.

Die Aufnahme von Bestimmungen in den Verfassungsartikel, die eigentlich in das Gesetz gehören, lässt sich offenbar nicht umgehen. Wir werden also eine ziffernmässige Begrenzung der lohnprozentualen Einnahmen in Kauf nehmen müssen. Dabei ist aber dafür zu sorgen, dass diese ziffernmässige Grenze hoch genug ist, damit die versprochenen Leistungen finanziert werden können; denn niemand hat über die Leistungen diskutiert. Wenn man zu niedrige Einnahmen festlegt, würde sich bei der Gesetzgebung plötzlich zeigen, dass man mit den vorgesehenen Einnahmen gar nicht finanzieren kann, was man versprochen hat und was man in Aussicht gestellt hat. Vor diese Situation sollten Sie sich selber nicht stellen; denn die Subventionen und die individuellen Beiträge haben — das hat die Praxis bis jetzt gezeigt — ihre Grenze. Auszugehen ist von den Kosten der Krankenpflegeversicherung. Nach dem Vorschlag des Ständerats und nach den Vorschlägen Ihrer Kommission wird die Krankenpflegeversicherung im Jahre 1976 ungefähr 5,9 Milliarden Franken kosten. Diese Aufwendungen müssen aus Individualprämien, aus dem Selbstbehalt, aus Subventionen von Bund und Kantonen und aus lohnprozentualen Beiträgen gedeckt werden. Herr Nationalrat Fischer hat nun erklärt, dass man 2,5 Milliarden mit individuellen Beiträgen und dem Selbstbehalt decken könne. Nehmen wir einmal diese Zahl als richtig an, dann kämen 3 Lohnprozent dazu, das ergibt 2,7 Milliarden. Es würden dann für Subventionen 700 Millionen offen bleiben, ein Betrag, der mir als tragbar erscheint. Damit käme man auf die Gesamt-

summe von 5,9 Milliarden. Bewilligen Sie nur 2 Lohnprozent, dann haben Sie aus den Lohnprozenten eine Einnahme von 1,8 Milliarden Franken. Ausgehend von 5,9 Milliarden Gesamtausgaben bleiben 4,1 Milliarden zu decken durch Individualprämien, Selbstbehalt und Subventionen.

In den Perspektiven zum Finanzhaushalt 1975/76 hat der Bundesrat auf Antrag des Eidgenössischen Finanz- und Zolldepartements eindeutig erklärt und festgehalten, dass die Belastung des Bundesbudgets bei nur 2 Lohnprozenten zu gross würde, ja angesichts der finanziellen Lage des Bundeshaushaltes untragbar wäre. Dabei halten wir angemessene Individualprämien für richtig. Bei der heutigen Einkommenslage ist jedermann in der Lage, eine rechte Individualprämie zu bezahlen. Wir sind auch für einen erheblichen Selbstbehalt; denn hier liegt die wohl wirksamste Kostenbremse, abgesehen von der Tätigkeit und der Einsicht der Aerzte, Weder die Individualprämien noch die Begrenzung der Lohnprozente haben massgebenden Einfluss auf die Kostenentwicklung. Wenn also eine zahlenmässige Begrenzung festgelegt wird, dann muss sie höher als 2 Prozent liegen; sie darf aber nicht zu hoch angesetzt werden. Andernfalls wäre die Vorlage in der Volksabstimmung gefährdet, und es muss, wie das mit Recht betont wurde, auch auf die Wirtschaft die gebührende Rücksicht genommen werden.

Die Grossrisikoversicherung, die der Bundesrat vorgeschlagen hatte, hätte einen Beitrag von 2,5 bis höchstens 3 Lohnprozenten erfordert. Der Bundesrat hält eine Belastung in diesem Rahmen für gerechtfertigt und tragbar. Damit deckt sich ungefähr der Antrag der Kommissionsmehrheit: 3 Lohnprozente. — Verschiedene Vorschläge wollen von den Kosten ausgehen; d.h. die lohnprozentuale Belastung von diesen ableiten und nicht unmittelbar festlegen. Für diese Lösung können sachliche Gründe angeführt werden. Ich darf darauf hinweisen, dass 3 Lohnprozente zurzeit etwa 45 Prozent der Kosten der Krankenpflegeversicherung entsprechen. Deshalb hat wohl Herr Nationalrat Egli die Begrenzung von 3 Prozent des Lohns oder von 45 Prozent der Aufwendungen vorgeschlagen, was zurzeit ungefähr identisch ist.

In einem ähnlichen Rahmen hält sich der Antrag von Herr Nationalrat Mugny, der zwischen 40 und 50 Prozent der Aufwendungen durch lohnprozentuale Einnahmen decken will. Dieser Vorschlag von Herrn Nationalrat Mugny würde also der sozialpolitischen und finanziellen Zielsetzung der Vorlage ebenfalls gerecht.

Herr Nationalrat Letsch will von 2 Lohnprozenten ausgehen, ist sich aber bewusst, dass dabei eine Finanzlücke entsteht. Daher bemüht er sich, in realistischer Weise diese Finanzlücke, diesen Fehlbetrag, zu decken, indem er einen Zuschlag von einem Zehntel zur Warenumsatzsteuer vorschlägt. Der Bundesrat hatte noch Gelegenheit, diesen Vorschlag in seiner Sitzung vom letzten Montag zu behandeln. Er stimmt dem Vorschlag von Herrn Nationalrat Letsch nicht zu, und zwar mit der Begründung, dass die Erhöhung der Warenumsatzsteuer nicht zweckgebunden sein soll. Der Bundesrat sieht vor, noch vor der Frühjahrssession, also vor der nächsten Session, Ihnen eine Vorlage mit Vorschlägen über eine Erhöhung der Warenumsatzsteuer zu unterbreiten, aber ohne Bestimmung für einen bestimmten Zweck. Das ist zweifellos steuer- und finanzpolitisch die richtigere Lösung.

Verschiedene Anträge sehen die Belastung gesundheitsgefährdender Stoffe, insbesondere von Alkohol und Tabak, vor. Doch tragen diese Vorschläge der geltenden Verfassung nicht genügend Rechnung. Artikel 34quater müsste geändert werden, wenn man diese Vorschläge annehmen will. Herr Nationalrat Egli hat zwar mit Recht betont, dass eine neue Bestimmung der alten vorgeht, dass also eine neue, vom Volk beschlossene Bestimmung gegenüber der alten den Vorrang hat. Das ist juristisch richtig, aber keine saubere Gesetzgebung, da man dann klarstellen muss, wie das Verhältnis zum geltenden Artikel 34quater ist. Nach diesem Artikel dienen *die* — ich unterstreiche — Reineinnahmen aus Tabaksteuern und aus der fiskalischen Belastung gebrannter Wasser zur Deckung des Bundesbeitrags an die AHV. Es bleibt also für die Finanzierung der Krankenversicherung gar nichts übrig. Vorschläge auf Erhöhung der Belastungen von Tabak und Alkohol aus gesundheitspolitischen Erwägungen sind durchaus löblich und anerkennenswert, ja, aus finanziellen Erwägungen unerlässlich; wir müssen diese Genussmittel stärker belasten. Es besteht heute schon eine Lücke bei der Deckung des Bundesbeitrags an die AHV. Der Bundesrat hat denn auch, wie Herr Bundesrat Celio in der Finanzkommission dargelegt hat, bereits grundsätzlich beschlossen, im nächsten Jahre die Zigaretten wesentlich stärker zu belasten. Diesem gesundheitspolitischen Motiv wird also Rechnung getragen. Die geltende Bundesverfassung lässt jede Erhöhung der Belastung von Alkohol und Tabak zu; es sind keine zahlenmässigen Grenzen festgelegt. Die neuen Bestimmungen, die von verschiedenen Ihrer Mitglieder vorgeschlagen werden, bringen gesundheitspolitisch gar nichts. Sie können aus gesundheitspolitischen Erwägungen jetzt schon unbeschränkt den Tabak und den Alkohol höher belasten. Das Parlament muss nur von seinen Rechten und von seinen Möglichkeiten Gebrauch machen, wenn es dies für zweckmässig hält. Aus gesundheitspolitischen Erwägungen besteht kein Grund, hier eine neue Bestimmung aufzunehmen; die Produkte können höher belastet werden, was beim Tabak nächstes Jahr geschehen wird. Freie Mittel stehen nicht zur Verfügung. Abgesehen davon sind im Verhältnis zu den Beträgen, die für die Krankenversicherung benötigt werden, die möglichen Mehreinnahmen aus der Belastung von Tabak und Alkohol relativ klein.

Abschliessend möchte ich Sie bitten, für eine genügende Deckung der in Aussicht gestellten Leistungen zu sorgen. Es ist Pflicht des Bundesrates, Sie darauf aufmerksam zu machen. Andernfalls werden Sie sich bei der Beratung des Ausführungsgesetzes in einer ausweglosen Situation befinden. Formell scheint mir der Antrag von Herrn Nationalrat Aubert einiges für sich zu haben. Sollte er jetzt nicht berücksichtigt werden, wird der Ständerat nicht umhinkommen, bei der Differenzberatung diese Erwägungen juristischer Natur noch eingehender zu prüfen. Sondersteuern auf gesundheitsgefährdenden Produkten sind mir sympathisch; eine Erhöhung ist aus finanziellen Erwägungen angezeigt, jedoch wird der Ertrag für die Finanzierung der AHV benötigt. Uebrigens ist der Ertrag im Verhältnis zu den Kosten, die die Krankenpflegeversicherung auslöst, relativ niedrig. Ich möchte auch darauf hinweisen, dass die Aufnahme von Bestimmungen über Sondersteuern eine Belastung des Gegenvorschlags in der Volksabstimmung bedeuten würde. Ich bitte Sie, bei Ihren Entscheiden diesen Erwägungen Rechnung tragen zu wollen.

Präsident: Wir kommen zur Abstimmung. — Ich gebe Ihnen vorerst einen Ueberblick über die Situation; wir haben insgesamt 11 Anträge. Ich gebe Ihnen zuerst die Anträge bekannt, nachher das Prozedere der Abstimmung.

Wir haben den Antrag der Mehrheit, einen Minderheitsantrag Ribi, einen Minderheitsantrag Egli und den Antrag der Minderheit I (Wüthrich). Der Minderheitsantrag II (Jelmini) wurde zurückgezogen.

Dann haben wir noch persönliche Anträge: einen Antrag Egli — im Unterschied zum Minderheitsantrag Egli —, einen Antrag Mugny, einen Antrag Aubert, einen Antrag Zwygart, einen Antrag Alder, den Antrag Letsch und einen Antrag Hubacher. Herr Schütz hat seinen persönlichen Antrag zurückgezogen.

Die Abstimmungsordnung haben wir Ihnen schriftlich austeilen lassen. Es gibt aber hier eine kleine Aenderung, da inzwischen noch der Antrag Aubert hinzugekommen ist.

Ich werde also zuerst abstimmen lassen: Mehrheitsantrag gegen Antrag Egli, gemäss dem schriftlichen Vorschlag, den Sie bekommen haben. — Das Ergebnis der ersten Abstimmung wird gegenübergestellt dem Antrag der Minderheit Ribi. — Darauf folgt eine dritte Abstimmung. Hier gibt es nun eine Einschaltendung: Antrag Mugny gegen Antrag Aubert. In einer 4. Abstimmung wird das Ergebnis der 2. Abstimmung dem Ergebnis der 3. Abstimmung gegenübergestellt; in einer 5. Abstimmung Antrag Zwygart gegen Antrag Alder; in einer 6. Abstimmung das Ergebnis der 5. Abstimmung gegen Antrag Minderheit Egli; in einer 7. Abstimmung das Ergebnis der 6. Abstimmung gegen den Antrag Letsch; in einer 8. Abstimmung das Ergebnis der 7. Abstimmung gegenüber dem Antrag der Mehrheit; in einer 9. Abstimmung den Antrag der Minderheit I gegen Antrag Hubacher; in einer 10. und letzten Abstimmung werden das Ergebnis der 8. und das Ergebnis der 9. Abstimmung einander gegenübergestellt.

Sind Sie mit diesem Abstimmungsprozedere einverstanden? — Ihr Lächeln scheint das zu bestätigen.

Nun hat Herr Mugny das Wort zu einer persönlichen Erklärung.

M. Mugny: Ce matin, notre collègue M. Aubert a déposé une proposition qui reprend ma proposition en la modifiant légèrement, c'est-à-dire en intégrant l'ensemble des revenus et pas seulement les revenus du travail.

La proposition Aubert fait partie intégrante de la proposition Mugny; en acceptant cette dernière vous acceptez en même temps celle de M. Aubert, qui la complète et l'améliore.

Präsident: Wenn ich Herrn Mugny richtig verstanden habe, übernimmt er den Antrag Aubert, so dass sich die Gegenüberstellung dann erledigen würde. Habe ich ihn richtig verstanden?

Herr Mugny erklärt soeben, dass er seinen Antrag aufrechterhalte. Die Abstimmung findet also in der angekündigten Reihenfolge statt.

Abstimmungen — Votes

Allgemeiner Beitrag — Cotisation générale

1. Eventuell — Eventuellement:	
Für den Antrag der Mehrheit (3%)	92 Stimmen
Für den Antrag Egli (3%, max. 45% Kostendeckung)	69 Stimmen

2. Eventuell — Eventuellement:	
Für den Antrag der Mehrheit (3%)	92 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit Ribl (2%)	81 Stimmen

3. Eventuell — Eventuellement:	
Für den Antrag Mugny (unbegrenzte Lohnprozente, Kostendeckung 40—50%)	78 Stimmen

Für den Antrag Aubert (allgemeiner Beitrag je nach Einkommen)	37 Stimmen
---	------------

4. Eventuell — Eventuellement:	
Für den Antrag der Mehrheit (3%)	93 Stimmen
Für den Antrag Mugny (unbegrenzte Lohnprozente, Kostendeckung 40—50%)	74 Stimmen

*Zusatz- bzw. Sondersteuern
Impôts supplémentaires ou spéciaux*

5. Eventuell — Eventuellement:	
Für den Antrag Zwygart (Alkohol und Tabak)	76 Stimmen

Für den Antrag Alder (namentlich Alkohol)	23 Stimmen
---	------------

6. Eventuell — Eventuellement:	
Für den Antrag Zwygart	23 Stimmen
Für den Minderheitsantrag Egli (gesundheitsgefährdende Produkte)	102 Stimmen

Präsident: Herr Letsch hat seinen Antrag zurückgezogen.

7. Eventuell — Eventuellement:	
Für den Antrag der Mehrheit (keine Zusatzsteuern)	89 Stimmen
Für den Minderheitsantrag Egli	66 Stimmen

*Obligatorium in der Verfassung
Inscription dans la constitution
de l'assurance obligatoire*

8. Eventuell — Eventuellement:	
Für den Antrag der Minderheit I (Leistung des Staates wenigstens 20, des Versicherten höchstens 10%)	45 Stimmen

Für den Antrag Hubacher (allgemeiner Beitrag 2% bzw. 3% bzw. 40—50% Kostendeckung)	59 Stimmen
--	------------

Hauptabstimmung — Votation principale

9. Definitiv — Définitivement:	
Für den Antrag der Mehrheit	119 Stimmen
Für den Antrag Hubacher	53 Stimmen

Art. 2 Abs. 1 Buchst. b

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates.

Art. 2 al. 1 let. b

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats.

Angenommen — Adopté

Art. 2 Abs. 1 Buchst. c

Antrag der Kommission

Mehrheit

Nach Entwurf des Bundesrates.

Minderheit

(Nanchen, Hubacher, Lang, Meizoz, Müller-Bern, Schütz, Wüthrich)

Die Krankengeldversicherung ist für alle Personen, die eine Erwerbstätigkeit gemäss AHV ausüben, obligatorisch. Sie hat bei Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit wenigstens 80 Prozent des ausfallenden Verdienstes zu decken. Die Krankengeldversicherung wird nach den Regeln der AHV finanziert. Der Bund oder die Kantone können die obligatorische Versicherung auf andere Bevölkerungsgruppen ausdehnen.

Art. 2 al. 1 let. c

Proposition de la commission

Majorité

Selon le projet du Conseil fédéral.

Minorité

(Nanchen, Hubacher, Lang, Meizoz, Müller-Berne, Schütz, Wüthrich)

L'assurance d'une indemnité journalière est obligatoire pour toutes les personnes qui exercent une activité lucrative conformément à l'assurance-vieillesse et survivants. Elle doit couvrir, en cas d'incapacité de gain due à une maladie, 80 pour cent au moins du gain dont l'assuré se trouve privé. L'assurance d'une indemnité journalière est financée selon les règles de l'assurance-vieillesse et survivants. La Confédération ou les cantons peuvent étendre l'assurance obligatoire à d'autres catégories de la population.

Mme Nanchen, rapporteur de la minorité: Au nom de la minorité de la commission, je voudrais vous proposer d'accepter la disposition suivante, relative à l'assurance d'une indemnité journalière. Je vous la lis:

«L'assurance d'une indemnité journalière est obligatoire pour toutes les personnes qui exercent une activité lucrative conformément à l'assurance-vieillesse et survivants. Elle doit couvrir, en cas d'incapacité de gain due à une maladie, 80 pour cent au moins du gain dont l'assuré se trouve privé. L'assurance d'une indemnité journalière est financée selon les règles de l'assurance-vieillesse et survivants. La Confédération ou les cantons peuvent étendre l'assurance obligatoire à d'autres catégories de la population.»

En quoi cette proposition se distingue-t-elle de celle de la majorité de la commission? La majorité de la commission a repris la version du Conseil fédéral demandant que l'assurance d'une indemnité journalière soit obligatoire pour les salariés. C'est là le point principal de cette proposition. Quant à la minorité de la commission, elle souhaite que cette indemnité journalière soit obligatoire non seulement pour les salariés mais pour toutes les personnes exerçant une activité lucrative, en particulier les indépendants. Dans le rapport de Flims, on peut lire que les indépendants ont souhaité eux-mêmes bénéficier d'une assurance-indemnité journalière obligatoire. C'est une première raison pour laquelle nous demandons l'extension de cette indemnité aux indépendants également. La seconde raison, c'est afin de permettre un financement plus large que ce ne serait le cas si l'indemnité journalière était obligatoire pour les salariés seulement. Il faut que toute la population active participe au financement afin de permettre une solidarité accrue.

Le deuxième point de notre proposition est relatif au montant de l'indemnité journalière. Alors que la majorité n'en précise pas le pour-cent, notre proposition prévoit que l'indemnité journalière doit couvrir, en cas d'incapacité de gain due à une maladie, 80 pour cent au moins du gain dont l'assuré se trouve privé. Pourquoi 80 pour cent du gain? Nous nous sommes simplement alignés ici sur ce qui se fait avec la CNA. Il est normal qu'il n'y ait pas discrimination entre les gens privés de leur gain pour raison de maladie et ceux qui s'en trouvent privés pour raison d'accident. C'est donc pour cela que nous souhaitons que le montant de l'indemnité journalière soit fixé dans la constitution.

Le troisième point de cette disposition, c'est la possibilité pour la Confédération ou les cantons d'étendre l'assurance à d'autres catégories de la population. En fait, nous entendons par là l'extension de l'assurance d'une indemnité journalière obligatoire aux personnes sans activité lucrative. Ces personnes, ce sont en particulier les femmes au foyer, les mères de famille n'exerçant pas d'activité lucrative. Vous vous demanderez sans doute pourquoi étendre l'assurance d'une indemnité journalière à cette catégorie de la population. Que se passe-t-il en fait lorsqu'une mère d'enfants en bas âge tombe malade, se trouve victime d'un accident ou doit être hospitalisée pour une raison ou pour une autre, en cas de maternité en particulier? Si elle a de petits enfants, il faudra bien que quelqu'un les prenne en charge à sa place, il faudra les confier à une crèche, à un jardin d'enfants, il faudra peut-être s'assurer les services d'une nurse, d'une aide familiale si on réussit à en trouver une. Ces différentes mesures impliquent des frais certains. Un jardin d'enfants coûte au moins 10 francs par jour, une aide familiale, même au tarif le plus bas, revient à peu près à ce prix. Actuellement, les frais entraînés par la maladie de la mère de famille doivent grever le budget du mari puisque rien n'est prévu pour la couverture de ces frais extraordinaires. C'est la raison pour laquelle je souhaite que les mères de famille ayant des enfants en bas âge puissent bénéficier d'une indemnité journalière. Je précise bien que, dans mon idée, il s'agit des mères d'enfants en bas âge. Loin de moi l'idée de vouloir donner à toute ménagère une indemnité journalière en cas de maladie. Une ménagère dont les enfants sont déjà élevés et qui n'a qu'à s'occuper de l'entretien de son appartement n'a pas à supporter de frais spéciaux lorsqu'elle tombe malade, dans la plupart des cas tout au moins. D'autre part, il ne s'agit pas d'accorder une indemnité journalière lorsqu'une mère de famille est victime d'un simple refroidissement, d'une maladie bénigne qui ne l'empêche en aucun cas de vaquer à ses occupations habituelles. Il s'agit en fait d'octroyer une indemnité journalière dans les cas de maladie entraînant une dépense réelle.

J'en viens au montant de cette indemnité journalière pour les mères d'enfants en bas âge. Vous savez peut-être qu'actuellement les caisses-maladie peuvent verser une indemnité journalière aux personnes n'exerçant pas d'activité lucrative car la LAMA, de même que d'autres assurances sociales — l'assurance-invalidité, les APG — admet le principe selon lequel on peut toucher des indemnités journalières même s'il n'y a pas de gain à compenser. Mais en fait l'indemnité accordée aux femmes au foyer est dérisoire: généralement de 2 francs par jour, elle peut s'élever à 6 francs au maximum. Il faudrait donc calculer le montant de l'indemnité journalière à verser aux mères d'enfants en bas âge en tenant compte des frais effectifs entraînés par l'incapacité de

travail de la mère, tenir compte par exemple du prix moyen d'une journée dans une crèche, ou bien du salaire qui devrait être versé à une nurse.

Le quatrième point de cette proposition est relatif au financement. Alors qu'aucune disposition particulière n'est mentionnée à ce propos dans la proposition de la majorité, la proposition de la minorité prévoit que l'assurance d'une indemnité journalière pour tous sera financée selon les règles de l'assurance-vieillesse et survivants. Pourquoi de nouveau recourir à ce mode de financement? Tout simplement, une fois encore, pour permettre une véritable solidarité entre les personnes actives et les personnes, telles les mères de famille, n'exerçant pas d'activité lucrative. La minorité de la commission envisage que la cotisation qui sera versée par le chef de famille permette à son épouse de bénéficier, en cas de maladie ou d'accident, d'une indemnité journalière.

Pour toutes ces raisons, je vous demande d'appuyer la proposition de la minorité.

M. Martin, rapporteur de la majorité: Mme Nanchen vient d'expliquer la position prise par la minorité de notre commission. Nous avons d'abord discuté de la possibilité de reprendre la version du Conseil des Etats en ce qui concerne la question de l'assurance d'une indemnité journalière. Cette version, à la différence de celle du Conseil fédéral, propose que cette indemnité journalière puisse être déclarée obligatoire par la Confédération et les cantons.

Votre commission, unanime sur ce point, a pensé que cette assurance d'une indemnité journalière devait être obligatoire. Le fait de personnes travaillant à la limite de certains cantons recevant les unes une indemnité et pas les autres entraînerait vraiment des inégalités qui seraient choquantes. C'est pourquoi personne, dans la commission, n'a repris la version du Conseil des Etats.

Nous avons, par contre, dans la majorité de la commission — seize membres contre huit — repris la version du Conseil fédéral: «L'assurance d'une indemnité journalière est obligatoire pour les salariés. La Confédération ou les cantons peuvent étendre l'assurance obligatoire à d'autres catégories de la population. L'assurance est financée par les cotisations des assurés». Je n'y reviens donc pas.

La majorité de votre commission n'a pu se rallier à la proposition de Mme Nanchen qui, si ma mémoire est fidèle, a repris partiellement une proposition développée par M. Wüthrich, cette proposition lui paraissant extrêmement compliquée.

Mme Nanchen s'est donné une peine énorme à expliquer les modalités de l'assurance de l'indemnité journalière. A notre avis, le texte du Conseil fédéral, qui dispose que la Confédération et les cantons peuvent étendre l'assurance obligatoire à d'autres catégories de la population, englobe toutes les possibilités que Mme Nanchen propose de prendre en considération.

Quant au taux de l'indemnité, M. le vice-directeur Naef nous a déclaré en commission que, de l'avis de la commission d'experts, l'indemnité à verser en cas de maladie ne doit pas être inférieure à celle qui est versée en cas d'accident par la Caisse nationale et nous sommes persuadés que, dans la pratique, il suffira de se référer à cet avis de la commission d'experts pour obtenir une indemnité de 80 pour cent. Ce taux n'est du reste pas contesté.

C'est donc autant par souci de clarté que par désir d'équité que la majorité de la commission a renoncé à préciser le texte du Conseil fédéral et qu'elle vous invite à l'adopter.

Trottmann, Berichterstatter der Mehrheit: Bei Buchstabe c folgt die Kommission den Anträgen des Bundesrates und empfiehlt, der obligatorischen Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer zuzustimmen. Wie dieses Obligatorium durchgeführt werden soll, ist im Expertenbericht über die Neuordnung der Krankenversicherung dargelegt. In den übrigen Vorschlägen, nach denen der Bund oder die Kantone das Obligatorium auf weitere Bevölkerungskreise ausdehnen können, besteht keine Differenz zum Ständerat. Der Antrag der Minderheit möchte das Obligatorium auf alle Personen ausdehnen, die eine Erwerbstätigkeit gemäss AHV ausüben und das Krankengeld generell auf 80 Prozent des entfallenen Lohnes festlegen. Dieser Antrag wurde von der Kommission jedoch mit 16 : 8 Stimmen abgelehnt und damit die Fassung des Bundesrates zur Annahme empfohlen.

Bundesrat Tschudi: Der Bundesrat hat ein Obligatorium der Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer vorgeschlagen. Der Ständerat wollte diese Bestimmung abschwächen im Sinne einer Ermächtigung. Ihre Kommission ist für die eindeutige Lösung des Bundesrates. Ich danke Ihrer Kommission und bitte den Rat, ihr zu folgen. Ich möchte Sie aber ersuchen, die Differenz zum Ständerat nicht durch Annahme der Vorschläge von Frau Nationalrat Nanchen zu vergrössern. Ich darf darauf hinweisen, dass die Gedanken, die sie vorgetragen hat, nach der Fassung des Bundesrates durch den Gesetzgeber realisiert werden können. Es wird Sache des Gesetzgebers sein, diese Ideen und Vorschläge zu prüfen. Gegen die Festlegung von Ziffern und Ansätzen in der Verfassung habe ich mich schon bei der Behandlung von Buchstabe a ausgesprochen. Die Erwägungen, die ich damals vorgetragen habe, gelten selbstverständlich auch in diesem Falle. Der Bundesrat hält an seinem Antrag fest, der mit dem Vorschlag der Kommissionsmehrheit übereinstimmt.

Abstimmung — Vote

Für den Antrag der Mehrheit	73 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	39 Stimmen

Art. 2 Abs. 3

Antrag der Kommission

Nach Entwurf des Bundesrates.

Art. 2 al. 3

Proposition de la commission

Selon le projet du Conseil fédéral.

Angenommen — Adopté

Art. 2 Abs. 4

Antrag der Kommission

Der Bund sorgt für eine wirtschaftliche Durchführung der Versicherung, fördert eine gesamtschweizerische Spitalplanung und ist befugt, Vorschriften über die berufliche Ausbildung des Pflegepersonals sowie des medizinischen Hilfspersonals aufzustellen. Er unterstützt die Bestrebungen, eine ausreichende medizinische Versorgung zu gewährleisten, und fördert Massnahmen zur Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten und Unfällen.

Art. 2 al. 4

Proposition de la commission

La Confédération veille à ce que l'assurance soit appliquée de manière économique, encourage une planification hospitalière sur le plan national et peut édicter des prescriptions sur la formation professionnelle du personnel soignant et du personnel paramédical. Elle soutient les efforts des cantons tendant à garantir des services médicaux suffisants dans toutes les régions du pays et elle encourage les mesures de prévention des maladies et des accidents.

Frau Ribli: Ich habe in der vergangenen Session ein Postulat eingereicht, das den Bundesrat ersucht, die Krankenpflegeberufe und die medizinischen Hilfsberufe entweder dem Berufsbildungsgesetz zu unterstellen, oder, falls dies nach dem Wortlaut des Artikels 34ter Absatz g Bundesverfassung nicht möglich wäre, Massnahmen zu treffen, damit die Ausbildung auch in diesen Berufen nach einheitlichen Normen und Bedingungen erfolgen kann. Es ist hinreichend bekannt, dass der Pflegepersonal-mangel zu den schwerwiegendsten Problemen unseres Krankenhauswesens gehört. Weniger hört man davon, dass in der Ausbildung in den verschiedenen Spitalberufssparten eine grosse Uneinheitlichkeit existiert, dass die verschiedensten Institutionen, wie Rotes Kreuz, Berufsverbände, Spitäler und private Schulen, dafür zuständig sind, dass sie sich wacker konkurrenzieren und zu finanziell und ausbildungsmässig ganz verschiedenen Bedingungen zum Lehrabschluss führen. Dieser wiederum ist ebenso unterschiedlich staatlich anerkannt oder nicht. Wer sich für einen Spitalberuf und eine entsprechende Ausbildung interessiert, sieht sich einer Vielzahl von Möglichkeiten gegenüber, die er nur äusserst schwer gegeneinander abwägen kann und die ihm sehr Unterschiedliches zu sehr uneinheitlichen Bedingungen offerieren.

Noch viel uneinheitlicher, vor allem aber ungezielt und unrationell ist heute der Einsatz der Absolventen in den Spitälern. Es ist nicht nur die Studie über das Pflegewesen in der Schweiz, die das gezeigt hat. Es ist auch die heutige Praxis, die nach einer generellen Sanierung auf diesem Gebiet ruft. Das Schweizerische Rote Kreuz ist im Begriff, grosse Anstrengungen zu unternehmen und generelle Ausbildungsnormen zu schaffen. Ebenso wichtig ist es aber, dass auch die übrigen medizinischen Hilfsberufe in ein generelles Ausbildungskonzept mit einbezogen werden. Bereits haben verschiedene Berufszweige Vorstösse unternommen und darum ersucht, dass sie dem Berufsbildungsgesetz des Bundes unterstellt werden könnten. Es sind dies u. a. die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften für die medizinischen Laborantinnen, es ist das Gewerkschaftskartell Basel-Stadt für die Zahnarztgehilfinnen, die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Eingliederung der Behinderten für die Berufe der Physiotherapeutinnen und der Beschäftigungstherapeutinnen, der Verband der Röntgeninstitute für die technischen Röntgenassistentinnen.

Einheitliche Ausbildungsnormen zu erlassen heisst nun keinesfalls, dass die Ausbildung verstaatlicht würde oder dass die einzelnen Träger ihre Selbständigkeit verlieren und beispielsweise alle einer Obhut, so etwa dem Roten Kreuz, unterstellt werden sollten. Dieses hat gegenwärtig mehr als genug mit seinen eigenen Reformen zu tun. Dass aber eine bessere Koordination in der Ausbildung und damit im Einsatz der Absolventen in den

Krankenhäusern erfolgen muss, ist allen jenen klar, die die Verhältnisse in unserem Gesundheitswesen kennen. Wenn wir schon mit Recht eine gesamtschweizerische Spitalplanung fordern, so gehört die Förderung der Ausbildung auf eidgenössischer Ebene in allen entsprechenden Berufssparten mit dazu. Sie ist eine unerlässliche flankierende Massnahme.

Mit der Kompetenzerteilung an den Bund, Vorschriften über die berufliche Ausbildung des Pflegepersonals sowie des medizinischen Hilfspersonals aufzustellen, werden die bisherigen Anstrengungen, die alle an der Ausbildung beteiligten Institutionen unternommen haben, keineswegs desavouiert. Wir schaffen vielmehr für die Zukunft eine solide Grundlage für ihre Tätigkeit.

In der Kommission wurde die Frage aufgeworfen, ob es in verfassungsrechtlicher Hinsicht angängig sei, diese Berufsbildungsfrage in Artikel 34bis unterzubringen, statt in Artikel 34ter, dem eigentlichen Berufsbildungsartikel. Darauf antwortete Herr Bundesrat Tschudi, dass man sich bei einer allfälligen Aenderung respektive einer Erweiterung dieses Berufsbildungsartikels nicht auf das Pflegepersonal und das medizinische Hilfspersonal beschränken könnte, sondern alle Berufe aufnehmen müsste, wie das ja im verworfenen Bildungsartikel vorgesehen war. Die Berufsfragen der Krankenpflege und des medizinischen Hilfspersonals stellen nun aber ohne Zweifel einen direkten Zusammenhang mit der Krankenversicherung dar, so dass hier die Einheit der Materie gegeben ist. Aehnlich verhält es sich im übrigen mit dem Einbezug der Spitalplanung in diesen Artikel, der ja von niemandem bestritten wurde.

Ich ersuche Sie, der Fassung der Kommission des Nationalrates zuzustimmen. Mit Ihrer Zustimmung kann auch mein Postulat als erledigt betrachtet werden.

Angenommen — Adopté

11 789. Postulat Ribi.

Krankenpflege und medizinische Hilfsberufe Soins hospitaliers et professions médicales auxiliaires

Dieses Postulat vom 1. Oktober 1973 ist zurückgezogen.

Ziff. II

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates.

Ch. II

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats.

Angenommen — Adopté

Art. 3

Antrag der Kommission

Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates.

Minderheit

(Müller-Bern, Hubacher, Lang, Meizoz, Nanchen,
Schütz, Wüthrich)

Die Bundesversammlung empfiehlt dem Volk und den Ständen, das Volksbegehren für die soziale Krankenversicherung anzunehmen.

Art. 3

Proposition de la commission

Majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats.

Minorité

(Müller-Berne, Hubacher, Lang, Meizoz, Nanchen,
Schütz, Wüthrich)

L'Assemblée fédérale recommande au peuple et aux cantons d'accepter l'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie.

Müller-Bern, Berichterstatter der Minderheit: Sie werden begreifen, dass unsere sozialdemokratische Fraktion nach dem Resultat der heutigen Abstimmung entschieden der Auffassung ist, nicht der Gegenvorschlag, sondern unsere Initiative müsse unterstützt werden. Jedenfalls bestehen nach diesen Abstimmungsergebnissen keine Aussichten auf einen Rückzug der Initiative. Ich habe gestern schon ausgeführt, es sei durchaus nicht der Fall, dass im Volk unsere Konzeption gegenüber der von Ihnen mehrheitlich angenommenen keine Mehrheit finden würde.

Ich möchte nur auf zwei Punkte hinweisen. Erstens: die Finanzierung. Sie haben nun entgegen den Mahnungen und Empfehlungen, die Ihnen Herr Bundesrat Tschudi noch heute morgen gegeben hat, die Lohnprozente in der Verfassung fixiert und limitiert. Zwar hat Herr Bundesrat Tschudi gestern und heute ausgeführt, dass im Moment die 3 Prozent für die Finanzierung nach der Konzeption des Bundesrates, nämlich für die Heilanstaltsbehandlung, ausreichen würden. Die weiteren Zweckbestimmungen, die Sie nun in Artikel 34bis Absatz 2a verankert haben — Hauspflege, Mutterschaftsleistungen und präventivmedizinische Massnahmen —, können aber schon heute nicht zusätzlich zur Heilanstaltsbehandlung mit den 3 Lohnprozenten finanziert werden. Es handelt sich hier also, nachdem Sie eben bei der Finanzierung alle weitergehenden Anträge abgelehnt haben, um blosser Augenwischerei, um blosser Deklamation. Zudem ist zu sagen, dass die 3 Prozent in sehr naher Zukunft selbst für die Zwecke der Heilanstaltsbehandlung nicht mehr reichen werden. Es ist einfach eine Tatsache, welche wahrscheinlich niemand im Saal wirksam verhindern kann, dass sich die Kosten der Krankenpflege, insbesondere der Spitalpflege, anders entwickeln als die Einkommen. Die Krankenpflegekosten entwickeln sich exponentiell, die Einkommen linear. Was ist die Folge dieser Schere? Die Individualbeiträge werden ansteigen, und zwar gewaltig. Gestern ist unter anderem von einer Schallmauer gesprochen worden, die im Hinblick auf die Lohnprozente nicht überschritten werden dürfe. Die Schallmauer wird aber mit den Individualbeiträgen, vor allem für Familienväter, überschritten. Denn die Kosten müssen ja bezahlt werden. Nachdem weitgehend, mit Ausnahme der vollen Zahnbehandlung, Einmütigkeit über den Ausbau der Leistungen herrscht, stehen wir in bezug auf die Gesamtkosten alle ungefähr auf dem gleichen Standpunkt. Die einen rechnen mit gesamthaft rund 6 Milliarden, die anderen mit 7 Milliarden für 1976. Der Unterschied beträgt im Vergleich mit unserer Initiative — das können Sie im Expertenbericht, in der Botschaft und in anderen Dokumenten nachlesen — ganze 200 Millionen, weil hier nur die Zahnerkrankungen enthalten sind, bei unserer Initiative aber die ganze Zahnpflege.

Der zweite Punkt, der absolut ungenügend geregelt ist, ist die Frage des Obligatoriums. Man hat in diesem Zusammenhang viel von Selbstverantwortung gesprochen. Ich wundere mich, dass ausgerechnet Vertreter der Aerzte, deren Arbeit ich in keiner Art und Weise kritisieren möchte, diese Ansicht vertreten. Beim Durchschnittseinkommen der Aerzte — ich will sie jetzt nicht darlegen — kann man leicht von Selbstverantwortung sprechen, aber die grosse Masse der kleinen Leute ist eben auf eine ausreichende Versicherung angewiesen. Wenn wir das Obligatorium nicht einführen, dann werden sich viele ganz einfach nicht versichern lassen, weil diese kleinen Leute mit jedem Rappen und jedem Franken rechnen müssen. Sie hätten es aber zum Teil gerade am nötigsten. Sie fallen dann der Fürsorge zur Last. Wollen wir das? Wenn wir schon die Krankenversicherung neu regeln, eine grosse Anstrengung unternehmen, dann hätte man doch mindestens dem Antrag unseres Kollegen Hubacher in bezug auf die Einführung des Obligatoriums zustimmen können. Im übrigen kam ja das schlechte Gewissen wegen der Nichteinführung des Obligatoriums schon im Ständerat zum Vorschein, nämlich in Form des Postulates, wonach man prüfen soll, wie die nichtversicherten Betagten, heimkehrende Auslandschweizer usw. sich noch versichern können. Ein gleichlautendes Postulat ist ja auch von Kollega Leutenegger eingereicht worden, welches nachher behandelt werden wird. Diese Fragen, die man nun auf dem Postulatswege lösen will, wären mit dem Obligatorium gelöst. Ich möchte nur zwei Passagen aus einem Bericht des Departements des Innern zitieren. Es heisst u. a.: «Nun ist es klar, dass ein bundesrechtliches Obligatorium alle Betagten miteinschliessen müsste. Fraglich ist dagegen, wie der Versicherungsschutz der Betagten im Bereich der bundesrechtlich freiwilligen Versicherung verbessert werden könnte.»

Nun schlägt man beispielsweise vor, dass Personen, die das 59. Altersjahr zurückgelegt haben, dann innerhalb einer gewissen Frist sich noch versichern können. Gut, das ist eine einmalige Lösung. Ob sie sich dann auch effektiv versichern, in Anbetracht der hohen Kosten, die nach Ihrem Finanzierungssystem die Krankenversicherung erfordern wird, ist sehr fraglich. Auch wenn wir jetzt eine Uebergangslösung in der Gesetzgebung für die Neunundfünfzigjährigen und Älteren vorsehen würden, werden wir in einigen Jahren wieder diejenigen haben, die heute 54 oder 55 Jahre alt sind, die eben den Anschluss auch verpasst haben, abgesehen davon, dass die Kassen ja für diese Älteren dann auch höhere Beiträge verlangen müssen. Das Amt ist übrigens der Meinung, dass solche Betagte dann nur unter Vorbehalt versichert werden können.

Das zweite Zitat in diesem Bericht: «Nun kann zwar in einer obligatorischen Versicherung auf Vorbehalte verzichtet werden, da die Begründung des Versicherungsverhältnisses nicht im Belieben des einzelnen steht, aber in einer freiwilligen Versicherung bildet der Vorbehalt das geeignete Mittel, um Missbräuchen zu steuern.» Sie werden mit dieser hinkenden Lösung nie das erreichen, was postuliert ist. Sie erreichen das einzig und allein, wenn Sie das Obligatorium vorziehen, das ja in unserer Initiative enthalten ist.

Ich verstehe im Grunde genommen einfach nicht, warum man sich derart gegen ein Obligatorium wehrt. Wenn schon, wie erklärt wird, 95 Prozent krankenversichert sind — wozu ich hinter diese Zahl einige Fragezeichen setze und auf jeden Fall feststelle, dass die

Versicherung bei vielen bei weitem nicht ausreichend ist —, was macht es dann aus, wenn die restlichen 5 Prozent ebenfalls noch versichert werden? Wir stehen hier mit der freiwilligen Versicherung ziemlich einsam und allein gegenüber anderen westlichen Industrieländern da.

Ich muss im Namen der sozialdemokratischen Fraktion sagen, nachdem der Gegenvorschlag bereinigt worden ist: Unsere Initiative ist der weit bessere Vorschlag. Sie bringt der gesamten Bevölkerung eine ausreichende medizinische Versorgung, einen ausreichenden Schutz, und dazu noch, vor allem für die Familienväter und die kleinen Einkommen, zu tragbaren Bedingungen.

Wenn gestern erklärt worden ist, dass beim Obligatorium beispielsweise die Gefahr bestehe, dass die Aerzte dann nicht mehr mit der Behandlung nachkommen würden, so heisst das doch nichts anderes, als dass man die armen Teufel, die heute nicht versichert sind und die vielleicht das Geld nicht aufbringen, zum Arzt zu gehen, einfach nicht behandeln will, sondern eben die ausreichende Behandlung dann den Bessergestellten, die man ja nicht hindern kann, zum Arzt zu gehen, vorbehalten will.

Aus all diesen Gründen — ich möchte die Diskussion nicht allzu sehr verlängern — empfehle ich Ihnen im Namen der sozialdemokratischen Fraktion, unserem Volksbegehren für die soziale Krankenversicherung zuzustimmen.

M. Martin, rapporteur de la majorité: Notre collègue Müller vient de justifier, au nom de la minorité, la proposition qu'il fait à l'article 3 et qui recommande au peuple et aux cantons d'accepter l'initiative déposée par le Parti socialiste. Cette prise de position est parfaitement logique, elle est l'aboutissement de toute la discussion que nous avons eue durant ces trois jours.

Notre collègue Müller relève la question du financement. Nous aurons certainement l'occasion de revenir sur ce problème, car sur la question du financement nous avons des divergences avec le Conseil des Etats, et puisque notre solution n'est probablement pas encore la solution définitive, cela me dispense aujourd'hui déjà de réfuter les arguments invoqué par M. Müller.

En ce qui concerne l'obligation, notre collègue Müller justifie également la notion d'obligation totale, telle qu'elle est prévue dans l'initiative. On peut également discuter sur cette notion d'obligation d'une façon longue et approfondie.

Je voudrais seulement relever un point, c'est que les pays qui ont introduit l'obligation totale et absolue n'ont pas fait que de bonnes expériences et ont été obligés d'introduire de nombreux correctifs à cette notion.

C'est pourquoi je vous recommande de suivre la majorité qui a repris la version du Conseil fédéral et d'approuver cet article 3 tel qu'il est rédigé.

Trottmann, Berichterstatter der Mehrheit: Die Kommission hat hier mit 13 zu 7 Stimmen dem Antrag des Bundesrates zugestimmt und empfiehlt Ihnen daher mit diesem Stimmenverhältnis, die Initiative der sozialdemokratischen Partei für die Neuordnung der Krankenversicherung zu verwerfen.

Abstimmung — Vote

Für den Antrag der Mehrheit	98 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	41 Stimmen

Art. 4**Antrag der Kommission**

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates.

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats.

*Angenommen — Adopté**Gesamtabstimmung — Vote sur l'ensemble*

Für Annahme des Beschlussentwurfes	81 Stimmen
Dagegen	38 Stimmen

*An den Ständerat — Au Conseil des Etats***Wahl des Vizepräsidenten des Nationalrates für 1973/74****Election du vice-président du Conseil national pour 1973/1974***Ergebnis der Wahl — Résultat du scrutin*

Bei 164 ausgeteilten und 163 wieder eingelangten Wahlzetteln, wovon leer 16, ungültig 0, in Betracht fallend 147, also bei einem absoluten Mehr von 74 Stimmen, wird im ersten Wahlgang gewählt:

Herr Kohler Simon	mit 131 Stimmen
Vereinzelt: 16	

Präsident: Im Namen des ganzen Rates gratuliere ich Herrn Simon Kohler zu seiner glänzenden Wahl als Vizepräsident herzlich und wünsche ihm viel Glück. Ich freue mich auf die Zusammenarbeit mit ihm und bitte ihn nun, den Platz einzunehmen.

**11 822. Postulat Leutenegger.
Kranken- und Unfallversicherung.
Beitritt in Sonderfällen****Assurance-maladie et accidents.
Adhésion dans des cas particuliers***Wortlaut des Postulates vom 26. November 1973*

Der Bundesrat wird eingeladen, mit der Vorlage eines neuen Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung zu prüfen, wie nicht versicherten Betagten, heimkehrenden Auslandschweizern und Personen, die sich nur unter Vorbehalt versichern könnten, der Beitritt zu einer Krankenkasse zu tragbaren Bedingungen ermöglicht werden kann.

Texte du postulat du 26 novembre 1973

Le Conseil fédéral est invité à examiner, lors de l'élaboration d'une nouvelle loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accident, comment l'adhésion à une caisse-maladie pourrait être rendue possible, à des conditions raisonnables, pour les personnes âgées non assurées, les Suisses de l'étranger rentrant au pays et les personnes qui ne pourraient s'assurer que sous réserve.

Mitunterzeichner — Cosignataires: Augsburg, Birrer, Bommer, Brosi, Egli, Etter, Fischer-Bern, Freiburgerhaus, Frey, Gautier, Grolimund, Keller, Müller-Balsthal, Ribl, Röthlin (15)

Leutenegger: Ich bitte Sie um Entschuldigung, wenn ich sozusagen eine Anschlussübung zum KUVG mit Ihnen durchführe; die Dinge gehören natürlich zusammen. Ferner mögen Sie entschuldigen, wenn wir in der Kommission in der hier zur Diskussion stehenden Sache keinen Minderheitsantrag stellten. Wir müssen deshalb den Weg über das Postulat wählen, das von zahlreichen Mitgliedern der Kommission unterzeichnet wurde. Nicht etwa darum, weil wir bezüglich der Neuordnung der Krankenversicherung aufgrund der bisherigen Beratungen und Ergebnisse ein schlechtes Gewissen hätten, haben wir das vom Ständerat bereits überwiesene Postulat auch im Nationalrat gestellt. Die vorberatende Kommission trat mit 11 : 10 Stimmen auf dieses Postulat nicht ein. Man war am Schluss der Kommissionsberatungen wegen der verschiedenen Vorentscheidungen irgendwie nicht überall bester Laune. Wir sollten aber ganz sachlich und ohne jede Emotion entscheiden. Wohl trifft es zu, dass durch die ständerätliche Postulatsüberweisung diese Forderung bereits am richtigen Ort anhängig ist; wir wissen auch, dass die im Postulat gestellten Begehren vom Departement des Innern im Blick auf ein neues Bundesgesetz gut aufgenommen werden.

Das Postulat strebt nur eine Ubergangsregelung an und hat deshalb seine Berechtigung. Auch weite Kreise, die an der Neuordnung der Krankenversicherung stark interessiert sind, erhoffen von den Beratungen im Nationalrat, dass das vom Ständerat überwiesene Postulat auch hier aufgenommen werde, wonach im kommenden KUVG die bisher tatsächlich Benachteiligten (Betagte, unter Vorbehalt Versicherte, heimkehrende Auslandsschweizer) zu tragbaren Bedingungen einer Kasse sollen beitreten können. Es handelt sich dabei um zirka 5 Prozent der Bevölkerung. Diese Lücke sollte tatsächlich geschlossen werden, gerade deshalb, weil es sich nur um wenige Prozente Benachteiligter unserer Bevölkerung handelt.

Das politische Gewicht des Ständerates ist ja äusserst beachtlich; das geben wir zu. Trotzdem — oder in gutem Einvernehmen mit der Ständekammer — kommen wir zum Schluss, dass der Sache zuliebe und um den nationalrätlichen Willen ebenfalls zu demonstrieren, dieses Postulat im Zusammenhang mit den Beratungen über die Krankenversicherung auch vom Nationalrat überwiesen werden sollte. Eine eindeutige Kundgebung soll ein tatsächlich noch ungelöstes Problem rasch — oder sagen wir: rascher — lösen helfen.

Ich bitte Sie deshalb um Zustimmung zum Postulat, das nichts Weltbewegendes verlangt. Den Bundesrat bitte ich, auch dieses Postulat aus der Volkskammer zu übernehmen, wie er das schon gegenüber dem Ständerat getan hat.

Bundesrat Tschudi: Herr Nationalrat Leutenegger erwähnte soeben, dass ich dieses Postulat im Ständerat im Namen des Bundesrates entgegengenommen habe. Es ist selbstverständlich, dass beide Kammern gleich behandelt werden; die Meinung und Stimmung im Bundesrat hat sich im Laufe eines Vierteljahres nicht geändert. Wir sind bereit, die Wünsche des Herrn Nationalrats Leutenegger im Hinblick auf die Beratungen des KUVG entgegenzunehmen. Ich habe darauf keinen Ein-

Bundesverfassung. Krankenversicherung. Bericht zum Volksbegehren

Constitution fédérale. Assurance-maladie. Rapport sur l'initiative

In	Amtliches Bulletin der Bundesversammlung
Dans	Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale
In	Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale
Jahr	1973
Année	
Anno	
Band	IV
Volume	
Volume	
Session	Wintersession
Session	Session d'hiver
Sessione	Sessione invernale
Rat	Nationalrat
Conseil	Conseil national
Consiglio	Consiglio nazionale
Sitzung	03
Séance	
Seduta	
Geschäftsnummer	11572
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	28.11.1973 - 08:00
Date	
Data	
Seite	1477-1488
Page	
Pagina	
Ref. No	20 002 463

Dieses Dokument wurde digitalisiert durch den Dienst für das Amtliche Bulletin der Bundesversammlung.

Ce document a été numérisé par le Service du Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale.

Questo documento è stato digitalizzato dal Servizio del Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale.

Amtliches Bulletin der Bundesversammlung Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale

1974

Frühjahrssession – 12. Tagung der 39. Amtsdauer
Session de printemps – 12^e session de la 39^e législature

Erste Sitzung – Première séance

Montag, 4. März 1974, Nachmittag

Lundi 4 mars 1974, après-midi

15.30 h

Vorsitz – Présidence: Herr Muheim

Präsident: Ich eröffne die Sitzung und damit die Frühjahrssession 1974. Die Traktandenliste der dreiwöchigen Session ist – wie Sie selber festgestellt haben – sehr stark belastet, dies nicht wegen der grossen Zahl der zu behandelnden Geschäfte, sondern weil einige Vorlagen von grosser und grundsätzlicher Tragweite sind. Die Konferenz der Fraktionspräsidenten sah sich daher gezwungen, in den beiden ersten und insbesondere in der dritten Woche Nachmittagssitzungen zu programmieren. Sie, meine verehrten Kolleginnen und Kollegen, können dazu beitragen, den Zeitplan einzuhalten, indem Sie sich bei Ihren Voten auf das Notwendige und das Wesentliche beschränken und bereits Gesagtes nicht wiederholen. Ich wäre glücklich, wenn wir die eine oder die andere Nachmittagssitzung der letzten Woche nicht benötigen würden, um mit den Traktanden fertig zu werden. Mit Ihrer verständnisvollen Mithilfe wäre das zu erreichen. Ich bitte Sie darum.

11 572

Bundesverfassung. Krankenversicherung Constitution fédérale. Assurance-maladie

Siehe Jahrgang 1973, Seite 528 —

Voir année 1973, page 528

Beschluss des Ständerates vom 29. Januar 1974

Décision du Conseil des Etats du 29 janvier 1974

Differenzen – Divergences

Art. 2 Ziff. 1 Abs. 2 Buchst. a

Antrag der Kommission

Mehrheit

Festhalten

Nationalrat — Conseil national 1974

Minderheit I

(Gautier, Egli, Fischer-Bern, Frey, Gehler, Grolimund, Grünig, Leutenegger, Ribí, Röthlin, Thalmann)

... der gesamten Bevölkerung für die Verbilligung ...
(Streichung des Wortes «insbesondere»)

Minderheit II

(Egli, Frey, Gehler, Grünig, Leutenegger, Naegeli, Ribí, Röthlin, Thalmann)

... Erwerbstätigen 2,6 Prozent ...

Minderheit III

(Jelmini, Brosi, Meizoz, Nanchen, Primborgne, Staehelin, Trottmann)

... zu verwenden ist; er wird bei Arbeitnehmern zur Hälfte vom Arbeitgeber übernommen und hat mindestens einem Drittel und höchstens der Hälfte des Gesamtaufwandes der Krankenpflegekosten zu entsprechen. Bund und Kantone ...

Art. 2 ch. 1 al. 2 let. a

Proposition de la commission

Majorité

Maintenir

Minorité I

(Gautier, Egli, Fischer-Berne, Frey, Gehler, Grolimund, Grünig, Leutenegger, Ribí, Röthlin, Thalmann)

... toute la population, en vue de réduire...

(Biffer les mots «en particulier»)

Minorité II

(Egli, Frey, Gehler, Grünig, Leutenegger, Naegeli, Ribí, Röthlin, Thalmann)

..., excéder 2,6 pour cent...

Minorité III

(Jelmini, Brosi, Meizoz, Nanchen, Primborgne, Staehelin, Trottmann)

... médecine préventive, et qui doit correspondre au moins à un tiers et au maximum la moitié de l'ensemble des frais médico-pharmaceutiques, l'employeur prenant en charge la moitié des cotisations des salariés. La Confédération et les cantons...

M. Martin, rapporteur de la majorité: Pas à pas – ou plutôt à tout petits pas – les divergences entre le Conseil fédéral, le Conseil des Etats et notre Conseil diminuent. Elles

n'ont pas encore toutes disparu et tout laisse prévoir qu'il en restera après la séance d'aujourd'hui.

Si, lors de sa séance du 29 janvier 1974, le Conseil des Etats s'est rallié à certaines décisions que nous avons prises le 28 novembre 1973, il est resté sur ses positions à propos du financement de l'opération, n'a pu se rallier complètement à une modification que nous avons introduite et a créé une nouvelle divergence. Enfin, en ce qui concerne les quatre points suivants: l'assurance de caractère «social», la protection garantie aux assurés par «les tarifs conventionnels», l'obligation d'une assurance pour l'indemnité journalière et pour l'assurance-accident, le Conseil des Etats s'est rallié à nos propositions; les quatre divergences sont donc éliminées.

Reprenons maintenant les trois divergences qui subsistent encore dans ce projet de modification de l'article constitutionnel sur l'assurance-maladie. A l'article 2, chiffre I, 2e alinéa, lettre a, nous avons introduit l'énumération des cas où l'assurance pourrait intervenir: traitements hospitaliers, soins à domicile, maternité et médecine préventive. Nous avons fait précéder cette énumération, qui n'existait pas dans la version du Conseil des Etats, des mots «en particulier», laissant la porte ouverte à d'autres possibilités d'intervention. Le Conseil des Etats a admis l'énumération, mais a supprimé l'expression «en particulier», jugeant qu'avec les moyens mis à sa disposition, l'assurance ne pouvait pas tout couvrir. Notre commission s'est scindée sur ce point et par 13 voix contre 9 a maintenu la version initiale de notre Conseil, estimant qu'il pouvait encore y avoir des cas de traitements ambulatoires où l'assurance devrait avoir la possibilité d'intervenir. Une minorité de la commission, comprenant maintenant onze adhérents au lieu de neuf, vous expliquera pourquoi elle entend se rallier à la dernière version du Conseil des Etats. La divergence qui nous a occupés le plus longuement concerne le financement prévu au même article. A une évidente majorité, vous vous étiez prononcés pour une cotisation de 3 pour cent du salaire des employeurs et des salariés. En janvier dernier, le Conseil des Etats a maintenu à une très forte majorité le montant de cette cotisation à 2 pour cent. Il a de même repoussé à des majorités de quatre contre un ou de cinq contre un les propositions visant à percevoir la cotisation en fonction de l'ensemble des coûts des frais médico-pharmaceutiques. Votre commission a longuement débattu du problème, car cette divergence de 1 pour cent seulement, qui paraît minime au premier abord, représente cependant 1 milliard en chiffre rond. Elle a également repris et discuté à nouveau les propositions visant à trouver un système basé sur les goûts globaux des frais médico-pharmaceutiques, selon les propositions de nos collègues Trottmann et Staehelin. Ils auront sans doute l'occasion d'expliquer leurs raisons au moment du développement de la proposition de la minorité III. Pour les motifs qui ont déjà été exposés ici, la majorité de votre commission a, par 14 voix contre 11, maintenu notre décision d'en rester à 3 pour cent, cette décision correspondant à l'avis du Conseil fédéral qui nous a été exposé par M. le conseiller fédéral Hürlimann.

Enfin, en ce qui concerne la dernière divergence à l'article 2, chiffre I, 4e alinéa, votre commission unanime s'est ralliée à la proposition nouvelle du Conseil des Etats concernant la planification hospitalière et la formation du personnel soignant et paramédical. Il s'agit là d'appuyer en particulier les efforts des cantons dans ce sens. Cette proposition nous paraît heureuse et notre commission unanime vous demande de vous y rallier. Telles sont les trois divergences sur lesquelles vous devez vous déterminer.

Trottmann, Berichterstatter der Mehrheit: Beim neuen Verfassungsartikel zur Kranken- und Unfallversicherung sind durch die Beschlüsse des Ständerates im Verhältnis zu unserer Beschlussnahme im Dezember des letzten Jahres zwei gewichtige Differenzen entstanden. Diese Differenzen

beziehen sich auf den materiellen Grundgehalt der neuen Krankenversicherung. Den mehr redaktionellen Änderungen und den Teilobligatorien in der Krankengeldversicherung und der Unfallversicherung, also den obligatorischen Versicherungen für Arbeitnehmer, die auch auf andere Berufsgruppen ausgedehnt werden können, hat der Ständerat zugestimmt. Bevor wir aber die materielle Behandlung der Differenzen an die Hand nehmen, möchte ich auf die zu beachtenden formellen Vorschriften verweisen. Die Volksinitiative für eine soziale Krankenversicherung wurde von der Sozialdemokratischen Partei am 31. März 1970 eingereicht. Beide Räte erstreckten die für die Behandlung der Initiative festgesetzte Frist um ein Jahr. Ein allfälliger Gegenvorschlag zu dieser Initiative muss daher vor dem 31. März 1974 durch die Bundesversammlung beschlossen werden. Dies bedingt, dass beide Räte im Verlaufe dieser Session abschliessend Stellung nehmen. Wenn keine übereinstimmende Beschlussfassung zwischen den beiden Räten möglich wird, wäre daher die Vorlage für einen Gegenvorschlag gescheitert, und die Volksinitiative für eine soziale Krankenversicherung würde allein der Volksabstimmung unterbreitet. Wir befinden uns also in einer gewissen Zeitnot, und der Ständerat wird bereits am kommenden Donnerstagvormittag zu unseren Beschlüssen Stellung nehmen. Wenn dabei keine übereinstimmende Beschlussfassung zwischen beiden Räten möglich ist, werden wir uns bereits in der nächsten Woche wieder mit diesem Geschäft zu befassen haben. Trotz dieser Zeitnot sind wir aber verpflichtet, den Gegenvorschlag zur Volksinitiative sorgfältig zu behandeln. Insbesondere sollten wir auch darauf achten, dass der Verfassungsartikel für die Neuordnung der Krankenversicherung ein Gesetz ermöglicht, das eine fortschrittliche und den Zeitverhältnissen gerecht werdende neue Krankenversicherung gewährleistet.

In der Dezembersession des letzten Jahres hat unser Rat in Absatz 1 die Aufnahme des Begriffes «soziale Krankenversicherung» und zur Behandlungsfreiheit der Medizinalpersonen «den Tarifschutz für die Versicherten» beschlossen. Der Ständerat hat diesen Präzisierungen zugestimmt. Als bedeutungsvoll sind die in Absatz 2 Buchstabe a verbleibenden Differenzen zu bezeichnen. Der Ständerat hatte bei der grundsätzlichen Konzipierung dieses Abschnittes erklärt, die neu zu erhebenden lohnprozentualen Beiträge seien zugunsten der gesamten Bevölkerung insbesondere für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung zu verwenden. Damit war eine Zweckbestimmung fixiert worden und die weitere Umschreibung der Verwendungszwecke der nachfolgenden Gesetzgebung vorbehalten. Unser Rat hat dann die Zweckbestimmung erweitert und zur Heilanstaltsbehandlung auch die Hauspflege, die Mutterschaftsversicherung und die präventivmedizinischen Massnahmen vorgesehen. Wie Bundesrat Tschudi seinerzeit noch erklärt hatte, könnte es sich bei der Hauspflege lediglich um die Unterstützung der entsprechenden Organisationen und deren Schulen handeln, während allfällige Beitragsleistungen an Patienten bei langandauernden Krankheiten und kostspieligen Behandlungen ausgeschlossen sind.

Der Ständerat hat nun das Wort «insbesondere» gestrichen und damit die Verwendung der lohnprozentualen Beiträge auf die vier Verwendungszwecke Heilanstaltsbehandlung, Hauspflege, Mutterschaftsversicherung und präventivmedizinische Massnahmen eingeengt. Die ambulante Krankenversicherung ist daher neben Bundesbeiträgen und der angemessenen Kostenbeteiligung durch die Individualbeiträge zu finanzieren. Die Kommission hat jedoch mit 13 zu 9 Stimmen beschlossen, am Wort «insbesondere» festzuhalten. Damit hat sie die Möglichkeit geöffnet, dass – sofern das Parlament eine solche Massnahme beschliessen würde – auch langandauernde und kostspielige Krankheiten in diese Finanzierungsart einbezogen werden können.

Ich bitte Herrn Bundesrat Hürlimann, der in der Kommission fundiert und mit grosser Sachkenntnis über die sozia-

le Krankenversicherung orientierte, zur Schlussnahme seines Vorgängers Stellung zu nehmen und klarzustellen, ob unter der Hauspflege wie bisher lediglich eine Unterstützung der entsprechenden Organisationen und der zugehörigen Schulen verstanden werden soll.

Bei der lohnprozentualen Finanzierung der Krankenpflegeversicherung hat unser Rat nach mehreren Abstimmungen die Höhe des allgemeinen Beitrages, der nach den Regeln der AHV erhoben werden soll, auf 3 Prozent festgesetzt, während eine knappe Minderheit eine Regelung vorgezogen hätte, die auf eine Proportionalisierung des Beitrages im Verhältnis zu den Kosten abstellt. Der Ständerat hat seinen erstmaligen Beschluss bestätigt und den lohnprozentualen Beitrag auf 2 Prozent festgelegt. Unsere Kommission hat nochmals sehr einlässlich über die Art der Finanzierung diskutiert. Vorweg sei darauf verwiesen, dass die Krankenpflegeversicherung im Jahre 1976 mit Kosten von rund 6 Milliarden Franken oder 1000 Franken pro Person und Jahr rechnet. Umgerechnet auf die Zahl der Krankheitsfälle kann dieser Betrag noch wesentlich höhere Durchschnittswerte erreichen. Einschliesslich der Beiträge der Rentner an die lohnprozentual zu finanzierenden Krankheitskosten ergeben sich Beiträge, die im Jahre 1976 bei einer angenommenen Lohnsumme von 90 Milliarden bei 2 Prozent 1940 Millionen und bei 3 Prozent 2910 Millionen Franken ergeben. Bei 2 Prozent würden anfänglich 30 Prozent und bei 3 Prozent rund 45 Prozent der Krankheitskosten finanziert. In den Jahren 1966–1971 stiegen aber die Krankenpflegekosten jährlich um 16 Prozent, während die Löhne sich durchschnittlich um 9 Prozent erhöhten. Die überproportionale Kostensteigerung machte also 7 Prozent jährlich aus, so dass sich die Krankheitskosten gegenüber der Lohnzunahme in wenigen Jahren verdoppelt haben.

Wir alle sind daran interessiert, diese überproportionale Kostensteigerung, die laufend höhere Subventionen und höhere Beiträge bedingt, in den Griff zu bekommen und wirksam zu bremsen. Dieses Ziel können aber weder die gesetzlich fixierten Subventionen und noch weniger die Individualbeiträge erreichen. Der wirksame Bremseffekt bei der Kostensteigerung ist über die lohnprozentual zu finanzierenden Krankheitskosten möglich, und zwar dann, wenn – wie es meine Auffassung ist – ein Teil dieser Kosten in proportionalem Verhältnis festgelegt wird. Hier kommen als Partner auch die Arbeitgeber, das Gewerbe und die Selbständigerwerbenden zum Zuge, und gemeinsam können diese Partner die Kosten in den Griff nehmen, im Spitalsektor eine weitere überproportionale Kostensteigerung bremsen und auch bei den Krankenpflegekosten auf eine vertretbare Kostennote drücken. Für eine solche Proportionalisierung der lohnprozentualen Beiträge spricht sich auch die Allianz Aerzte/Krankenkassen aus, weshalb von dieser Seite die Aufnahme eines fixierten Prozentsatzes in der Verfassung abgelehnt wird. Herr Professor Kaiser vom Mathematischen Dienst der Bundesverwaltung hat errechnet, dass der Grad der Kostendeckung bei 2 Lohnprozenten und gleichbleibender Kostenexplosion in wenigen Jahren von 30 auf 20 Prozent und bei 3 Lohnprozenten von 45 auf 30 Prozent absinken müsste. Der Ausgleich hätte dann entweder über Bundessubventionen oder höhere Kostenbeteiligungen und Individualbeiträge zu erfolgen. Dieser Auffassung wurde in der Kommission entgegengehalten, es sei Sache der Versicherten, die Kostenbremse in der Krankenpflegeversicherung zu ziehen, ferner würden die Spitalkosten nicht mehr im bisherigen Masse steigen. Daher sei eine genügende Sicherheit gewährleistet, und die Finanzierung der Krankenpflegeversicherung könne verfassungsmässig im Sinne der Beschlüsse des Ständerates erfolgen. Allerdings wurde auch hier erklärt, dass die Kostendeckung anfänglich etwa 40 bis 45 Prozent erreichen müsste, um die Neuordnung der Krankenpflegeversicherung wirkungsvoll vorantreiben zu können.

Bei der Abstimmung über die verschiedenen Anträge wurde der Antrag, in der Verfassung einen Beitragsatz von 2,6

Prozent zu nennen, mit 16 : 8 Stimmen dem Beitragsansatz von 2 Prozent, wie er vom Ständerat beschlossen wurde, vorgezogen. In der zweiten Abstimmung wurde Festhalten am Beschluss des Nationalrates mit 15 : 10 Stimmen beschlossen, gegenüber dem Antrag der Minderheit, wie sie von Kollega Egli noch begründet werden wird. In der Hauptabstimmung schliesslich wurde der Beschluss, 3 Lohnprocente für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung, der Hauspflege, der Mutterschaftsversicherung und für präventivmedizinische Massnahmen zu erheben, mit 14 : 11 Stimmen bestätigt; die Minderheit der Kommission hätte auf die Aufnahme von Fixprozenten in die Verfassung verzichten wollen und im Sinne der Proportionalisierung von einer Deckung von einem Drittel bis zur Hälfte der Krankenpflegekosten gesprochen. Der Fixsatz der Lohnprocente wäre dabei Sache der Gesetzgebung gewesen.

Die verschiedenen Anträge, über die die Kommission zu entscheiden hatte, liegen grösstenteils wiederum als Mehrheits- oder Minderheitsanträge vor. Die Kommissionsmehrheit empfiehlt Ihnen, an der Finanzierung der Krankenpflegekosten über Lohnprocente, die in der Verfassung auf 3 Prozent zu fixieren sind, festzuhalten. Persönlich trete ich aber für die Proportionalisierung des lohnprozentualen Beitrages ein. Den vom Ständerat beschlossenen Aenderungen bei Buchstabe c und in Absatz 4 stimmt unsere Kommission zu. Ich empfehle Ihnen, auf die Differenzbereinigung einzutreten.

Präsident: Ich erteile nun das Wort den verschiedenen Antragstellern, nämlich den Herren Gauthier, Egli und Jelmini sowie dem Kollegen König, der noch einen Antrag eingereicht hat, an der ständerätlichen Fassung (2 Prozent) festzuhalten.

M. Gautier, rapporteur de la minorité I: Je voudrais, d'accord avec le président du Conseil national, exposer d'abord brièvement le point de vue de la minorité I, puis déposer la casquette que devrait porter le chef de cette minorité, pour parler en mon nom personnel sur la question de la cotisation elle-même. Je commence donc par m'exprimer en tant que représentant de la minorité I. Le problème n'est pas très grave. Nous demandons à ce Conseil de se rallier au Conseil des Etats et de biffer deux mots dans le texte français, «en particulier», un dans le texte allemand «insbesondere». Les deux rapporteurs ont expliqué tout à l'heure la signification de la suppression ou du maintien de ces mots et je me permettrai de ne pas y revenir. Il s'agit donc de savoir en fait si nous voulons financer par les moyens de la cotisation générale les quatre buts que nous avons adoptés en décembre ou si nous voulons aller plus loin et vers d'autres buts. Quels pourraient être, à vrai dire, ces autres buts? Je n'en vois guère qu'un – en tout cas d'important financièrement – ce sont les frais de médecin, les frais de pharmacie pour les traitements ambulatoires. Dès lors, si l'on veut en venir à financer tout ou partie de ces traitements ambulatoires au moyen de la cotisation générale, on se rapproche fortement de l'initiative socialiste pour une meilleure assurance-maladie et l'on n'a plus guère un contre-projet, mais un projet presque semblable à l'initiative. D'autre part, ni 2 ni 3 pour cent ne permettraient de supporter tous ces frais, il faudrait aller beaucoup plus loin et fixer à 5 ou 6 pour cent peut-être le prélèvement sur les salaires. A moins que, comme on l'a dit à la commission, on ne répartisse les 3 pour cent sur l'ensemble des buts et qu'au lieu de payer carrément une partie du secteur des frais médicaux avec cette cotisation générale, on ne se mette – pardonnez-moi le terme – à saupoudrer tous les frais avec des petits cadeaux du fonds général. Personnellement, je n'en vois pas l'avantage. Il faut, en effet, se rendre à l'évidence. D'après les chiffres que nous a donnés l'Office fédéral des assurances sociales pour l'année 1976, les frais représenteront environ 5,9 milliards de francs. La

cotisation générale rapportera environ 2,9 milliards. Que l'on affecte ces 2,9 milliards aux quatre buts que nous avons prescrits et qu'on laisse les autres sources de financement couvrir les soins ambulatoires, ou que nous répartissions sur l'ensemble des soins les 2,9 milliards de la cotisation générale, le solde à payer restera toujours le même, 3 milliards, et ce seront les pouvoirs publics, d'une part, les assurés, de l'autre, qui devront le couvrir. Par ailleurs, si l'on voit assez bien comment, en partant de la cotisation générale, on arrive à abaisser le coût d'une journée d'hôpital, comment on peut financer l'assurance maternité ou la médecine préventive, je vois beaucoup moins bien comment, avec la cotisation générale, on peut financer individuellement les traitements ambulatoires pour ceux qui n'ont pas d'assurance-maladie. Il y a là une difficulté pratique qui serait peut-être soluble, mais au prix de grandes complications administratives.

Alors, si l'on considère, d'un côté, le manque total d'avantages que cette solution avec la formule «en particulier» implique pour les assurés, les malades, les caisses-maladie et, de l'autre côté, les inconvénients qu'elle présente, je pense qu'il est logique de biffer ces deux mots et de se rallier ainsi à la décision du Conseil des Etats. Cela supprimera en outre une divergence et il faut reconnaître que, dans ce domaine précis, le Conseil des Etats a déjà fait un pas en notre direction, puisqu'il a accepté d'ajouter au financement de l'hospitalisation seule, les trois autres buts qu'il a admis. Voilà ce que j'avais à dire au sujet de la proposition de la minorité I.

Pour le problème du financement, du prélèvement de cette cotisation générale, nous sommes en face de trois ou quatre propositions constituant deux groupes: l'un qui fixe des pour-cent de salaire, l'autre qui prend pour base une part des frais médico-pharmaceutiques. Je pense que la proposition de prendre un pourcentage des frais a un grave inconvénient; elle revient en fin de compte à dire aux différents partenaires qui coûtent cher à l'assurance-maladie: «Dépensez tout ce que vous voulez, nous en prenons à notre charge 30 à 50 pour cent.» C'est ne mettre aucun frein aux dépenses. Tandis que si l'on fixe un maximum en pour-cent des revenus du travail, que ce soit 2, 2,6 ou 3 pour cent, c'est dire à ces partenaires: «Jusque-là, mais pas plus loin.»

M. Tschudi a déclaré hier à ce sujet, à l'occasion de la Journée des malades: «Quand il s'agit de la souffrance, les sentiments humains doivent avoir le pas sur les considérations financières.» Mais il ajoute: «Il est vrai que les dépenses hospitalières ont augmenté bien plus fortement que les autres prix. Il ne fait pas de doute non plus que des mesures de rationalisation et d'économie sont indispensables dans l'intérêt même des malades, car l'évolution actuelle des prix risque de porter atteinte à la qualité des services hospitaliers.» Je pense que nous devons écouter M. Tschudi quand il dit qu'il est nécessaire de mettre un certain frein aux dépenses comme lorsqu'il dit qu'il ne faut pas renoncer à donner les sommes nécessaires pour soigner les malades.

Faut-il aller à 2, 2,6 ou 3 pour cent? Je suis personnellement de l'avis qu'un taux de 3 pour cent est la solution raisonnable parce qu'il impose un frein qui n'est cependant pas trop brutal. Je crains que, si l'on fixe la cotisation à 2 ou 2,6 pour cent, le frein ne chauffe très vite et que la voiture ne sorte de la route. Du reste, je ne vois pas pourquoi nous n'irions pas jusqu'à 3 pour cent, du moment que la plupart des organisations professionnelles intéressées donnent leur accord. Nous entendrons peut-être tout à l'heure M. Otto Fischer. Nous savons que c'est lui qui a proposé à la commission de monter jusqu'à 3 pour cent. *L'Ordre professionnel*, qui est un journal des syndicats patronaux romands, insistait dans son numéro d'il y a trois jours sur la nécessité d'aller jusqu'à 3 pour cent. Je vous demanderai donc de ne pas être plus royalistes que le roi dans ce domaine et de bien vouloir suivre les indications des syndicats patronaux en fixant le maxi-

mum de la cotisation à 3 pour cent, et non pas à un taux couvrant entre 30 ou 50 pour cent des frais totaux de l'assurance-maladie. Je vous remercie.

Egli, Berichterstatter der Minderheit II: Bei der Bereinigung dieser wichtigsten Differenz zum Ständerat muss davon ausgegangen werden, dass beide Räte den Grundsatzentscheid an sich bereits gefällt haben. Darnach sollen in der Verfassung die Lohnprozente und nicht die Deckungsquoten verankert werden. Auf diesen Entscheid sollte der Rat meines Erachtens nicht mehr zurückkommen und daher den Antrag der Minderheit III ablehnen.

Nachdem der Ständerat mit einer starken Mehrheit an 2 Lohnprozenten festhält, würde die Annahme des Antrages Jelmini, nämlich des Antrages der Minderheit III, der schon im Jahre 1976 3,3 Lohnprozente bedeuten könnte, die Differenz zum Ständerat vergrössern, was eine Einigung wesentlich erschweren würde. Daran kann niemand Interesse besitzen, dem an der Lösung des Problems gelegen ist. Zudem besteht Gefahr, in Zeitdruck zu geraten. Wie sie gehört haben, muss der Gegenvorschlag bis Ende März dieses Jahres unter Dach sein, sonst wird die Initiative allein in die Volksabstimmung gehen, und dies würde ich als falsch betrachten.

Bei der Frage der Höhe der Lohnprozente geht es sowohl um einen Grundsatz als auch um die Frage des Masses. Die Minderheit II beantragt Ihnen 2,6 Prozent; dies aus folgenden Ueberlegungen: Erstens ist festzuhalten, dass beide Räte die Lohnprozente insbesondere zur Finanzierung ganz besonderer Aufgaben einsetzen wollten und nicht zur Finanzierung aller Sparten der Krankenpflegeversicherung. Mit dem Antrag der Minderheit III wird diese Schwerpunktbildung praktisch beseitigt und eine AHV-ähnliche Finanzierung der gesamten Krankenpflegeversicherung in die Wege geleitet. Eine solche Institutionalisierung, die zudem in ihren Auswirkungen nicht überschaubar ist, muss als Beginn einer Fehlentwicklung abgelehnt werden.

In der Eintretensdebatte haben wir nicht nur die Gefahr aufgezeigt, dass die Lohnprozente der Kontrolle entgleiten können. Wir haben auch dargelegt, dass angesichts der wirtschaftlichen Unsicherheit und angesichts der Finanzlage unseres Landes im Volk eine Besinnung zum Masshalten auch im sozialen Bereich erstaunlich kurzfristig Platz gegriffen hat. Wir müssen doch ehrlich zugeben, dass auch der sozialpolitische Aufwand seine Grenzen, namentlich seine volkswirtschaftlichen Grenzen hat. Die im Mitteilungsblatt Nr. 4 vom Januar 1974 vom Delegierten für Konjunkturfragen, von Professor Dr. Kneschaurek, angestellten Ueberlegungen über die Hypertrophie der Ansprüche, die auch den Sozialsektor beschlagen, sind ernst zu nehmen.

Zweitens: Zur Kosteninflation: Mit gewissen Massenmedien wurde versucht, die Warnung vor der Gefahr der Anspruchsinflation als übertrieben herunterzuspielen oder gar als interessengelagert zu bezeichnen. Davon kann bei realer Betrachtung natürlich keine Rede sein. Dazu kurz folgendes: Anlässlich einer Sendung der «Schweizer Rundschau» des Fernsehens im Januar 1974 zum Thema «Sicherheit des Arbeitsplatzes» wurde festgestellt, Erhebungen hätten gezeigt, dass der anscheinend unstabiler gewordenen Lage wegen die Krankmeldungen in gewissen Betrieben bis zu 20 Prozent zurückgegangen seien, ein Hinweis also, dass es eine Anspruchsinflation tatsächlich gibt, sofern es dieses Beweises überhaupt noch bedürft hätte. Mich hat aber noch etwas anderes beeindruckt: An der letzten Kommissionssitzung machte Herr Bundesrat Hürlimann mit aller nur wünschbaren Deutlichkeit darauf aufmerksam, dass es auch eine Inflation des Angebotes gibt. Er sagte laut Protokoll Seite 35/36 wörtlich folgendes: «Richtig ist der Hinweis, dass die Kostenexplosion vor allem durch die teilweise sinnlose und wirtschaftlich unzweckmässige Anschaffung kostspieliger medizinischer Apparate gefördert wird. In der Tat neigen in dieser Hinsicht die Chefärzte und die Spitalärzte dazu, ohne Rück-

sicht auf die Wirtschaftlichkeit und die bestehenden Bedürfnisse modernste und teuerste Apparate für das eigene Haus anzuschaffen.» Er folgert dann daraus, dass wir mit einer zweckmässigen Spitalplanung der Kostenexplosion Herr werden müssten, um dann wiederum wörtlich folgendes zu sagen: «Solange aber den Spitälern zum vornherein 45 Prozent des Defizites gedeckt werden, wird es erfahrungsgemäss am notwendigen Sparwillen fehlen.» Meinerseits füge ich bei, dass 45 Prozent Pflegekosten 3 Lohnprozenten entsprechen.

Der Bundesrat ist mit der gemachten Feststellung nicht allein. In der neuesten «Schweizerischen Aerztezeitung», Nr. 8 vom 20. Februar 1974, Seite 266 ff., können Sie ein Interview von Herrn Dr. B. Nef nachlesen, das er in seiner Eigenschaft als Vorsitzender der Kommission für Spitalarztfragen gegeben hat. Die Kommission hat sich im besonderen auch mit der Eindämmung der Kostenexplosion im Medizinalsektor zu beschäftigen. Seine erste Zwischenbilanz lautet, dass Kosteneinsparungen in verschiedenen Sektoren nicht nur möglich, sondern geradezu notwendig seien. Sowohl Anspruchs- wie Kosteninflation können in Zukunft nur im Griff behalten werden, wenn nicht ein einseitiger, sondern ein angemessener und abgewogener Verteiler zwischen Individualprämien, Selbstbehalt, Beiträgen der öffentlichen Hand und der Höhe der Lohnprozente vorgenommen wird. Wir halten deshalb 2,6 Lohnprozente, die im Jahre 1976 40 Prozent der Pflegekosten decken würden, für diesen Kriterien entsprechend und richtig. Dies bedeutet eine Verlagerung der Finanzierung der Pflegekosten um mehr als 30 Prozent zugunsten der Individualbeiträge.

Drittens: Die Befürchtung, 2,6 Lohnprozente könnten in Zukunft nicht mehr 40 Prozent Pflegekosten decken. Dazu ist folgendes zu sagen: Mit Recht deutete der Bundesrat in der Kommission an, dass die Kostenexplosion im Spitalsektor, progressiv und relativ gesehen, den Höhepunkt erreicht haben dürfte. Die übermässige Kostenzunahme im Lohnsektor war darauf zurückzuführen, dass sich im Verlauf der letzten Jahre wegen Personalmangel Orden und andere private soziale Institutionen von der Krankenpflege zurückzogen und an deren Stelle der Staat diese Aufgabe übernehmen musste. Dass der Staat nicht schon lange mit höheren Personalkosten belastet wurde, war der weitgehend unentgeltlichen Dienstleistung dieser Orden und Institutionen zu verdanken. Es gebührt sich, ihnen für die immense und selbstlose Arbeit während Jahrzehnten an der menschlichen Gemeinschaft einmal öffentlich Dank und Anerkennung auszusprechen.

Nach den Schätzungen des Bundesrates benötigen wir nicht schon heute, sondern erst im Jahre 1976 für eine vierzigprozentige Abdeckung der Pflegekosten 2,6 Lohnprozente. Nachdem auf dem Personalsektor bis dahin die Ablösung der Orden durch den Staat weitgehend vollzogen sein und auch der Investitionsboom im Spitalsektor seinen Höhepunkt erreicht haben dürfte, bin ich der Auffassung, dass ab 1976 die Lohn- und Kostenentwicklung nahezu parallel verlaufen werden. Die Kostenexplosion kann und darf nicht einfach progressiv in alle Zukunft weitergehen. Wir wollen und dürfen doch nicht Kostenfatalismus betreiben. Selbstverantwortung – gefördert durch Beibehaltung eines angemessenen Individualbeitrages – und Sparwille der öffentlichen Hand sowie der Ärzteschaft müssen dieses Ziel verwirklichen helfen.

Der Antrag der Minderheit II ist daher sachlich begründet, aber auch geeignet, im weiteren Differenzbereinungsverfahren dem Ständerat ein echtes Entgegenkommen zu ermöglichen. Ich bitte Sie daher im Namen der Minderheit II, ihrem Antrag zuzustimmen.

M. Jelmini, rapporteur de la minorité III: On pourrait se demander pourquoi nous revenons avec une proposition analogue à celle qui a été rejetée par la majorité de ce Conseil dans la discussion qui a eu lieu à la dernière session d'hiver. Mais nous estimons que si l'on veut oppo-

ser à l'initiative un contre-projet valable, celui-ci devrait au moins suivre une certaine logique et pouvoir s'insérer convenablement dans le droit constitutionnel.

Notre proposition consiste au fond à renoncer d'une part au plafonnement de la cotisation générale dans la constitution et, d'autre part, à garantir l'affectation d'une partie de cette cotisation aux soins médico-pharmaceutiques ambulatoires.

La majorité de la commission du Conseil national, suivant le Conseil des Etats, prétend que le plafonnement de la cotisation générale aurait comme but celui de réduire les coûts de l'assurance. Mais en réalité, le résultat qu'on obtiendra sera seulement celui de faire supporter l'explosion des frais aux seuls assurés par l'augmentation des cotisations individuelles. Ceci signifie, en d'autres termes et par rapport au revenu, qu'on fait endosser aux catégories de population ayant un revenu modeste un poids proportionnellement plus lourd.

La préoccupation de diminuer ou plutôt d'éviter une augmentation anormale des coûts et d'éliminer la véritable surconsommation médicale, c'est-à-dire les soins inutiles, est partagée par tout le monde. Mais on ne pourra pas atteindre ce but sans créer des déséquilibres et des disparités de traitement, des injustices au fond, par la simple réduction des cotisations sur le revenu.

C'est à la législation et à la réglementation qu'il appartient de fixer les conditions nécessaires pour éliminer les abus dans ce domaine. C'est peut-être aussi par la sensibilisation de la population et des fournisseurs des soins (médecins, pharmaciens, hôpitaux) qu'on pourra parvenir à rationaliser et à coordonner toute l'activité sanitaire et, par conséquent, à adapter les soins aux véritables exigences sans gaspiller les moyens.

Par le système que nous vous proposons, ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de vous le rappeler, on institue pratiquement un front, un effort combiné en vue de contrôler l'augmentation des frais médicaux et d'en obtenir au moins la stabilisation. En fait, la participation simultanée des assurés, des employeurs et des pouvoirs publics au financement de l'assurance-maladie, pour les soins ambulatoires, constitue un élément efficace de freinage que la proposition de la majorité n'envisage même pas et ne pourra pas réaliser avec la même efficacité.

La proposition de la minorité I, suivant la décision du Conseil des Etats, affecte le produit total de la cotisation générale aux traitements hospitaliers, aux soins à domicile, aux prestations en cas de maternité, aux mesures de médecine préventive, en excluant entièrement toute affectation aux soins ambulatoires. Ceci représente un pas en arrière par rapport à la décision de ce conseil en novembre dernier et un éloignement très net de l'initiative. On peut facilement entrevoir les conséquences négatives de ces tendances. Il est évident que les cantons en profitent largement pour alléger leur bilan aux chapitres destinés au financement des hôpitaux et ils n'auront certainement plus la même préoccupation d'en contrôler et d'en réduire les frais.

En outre, la réduction des tarifs des hôpitaux, qui pourra être réalisée, sera destinée à réduire les frais de séjour hospitalier indépendants de la maladie en allégeant par exemple les assurances-accident, ce qui ne rentre pas parmi les finalités de l'assurance-maladie.

La réduction ainsi proposée et obtenue profitera aussi aux non-assurés, c'est-à-dire aux personnes qui en général ne font pas preuve de solidarité dans ce domaine.

Pour finir, les avantages que l'assuré retirera de la perception de la cotisation générale seront très réduits par rapport à la proposition que nous défendons et qui tend à réduire la prime individuelle en affectant la cotisation générale à la couverture de l'ensemble des frais de la maladie. La meilleure preuve de la volonté que nous avons de limiter l'extension des frais est que notre proposition limite non seulement le minimum, mais s'exprime aussi quant au maximum de l'affectation aux frais médicaux

pharmaceutiques ambulatoires. Ce faisant, la minorité III est la seule à exprimer quelque chose de concret en ce qui concerne la pratique économique de la médecine, comme le prévoit l'article constitutionnel à la fin de sa rédaction.

J'aimerais ajouter, d'un point de vue général, que l'introduction d'un plafonnement du pour-cent des cotisations ne représente pas un ouvrage constitutionnel logique ni élégant, surtout lorsqu'il est établi sur la base de prévisions à brève échéance et de simple appréciation. Il faut se rendre compte qu'au besoin, il faudra avoir recours à une réforme de la constitution avec tout le travail, tous les frais et toute la perte de temps que cela comporte. A ce sujet, on pourrait tout au plus prévoir dans la législation des limites adaptables aux circonstances avec une certaine flexibilité.

En concluant, je vous prie, Mesdames et Messieurs, d'accepter la formulation de la minorité III qui offre au moins une alternative assez valable, par rapport à l'initiative, et qui du point de vue de la logique de l'assurance et de l'ordre constitutionnel tient compte des exigences et de la réalité.

König-Zürich: Ich hätte es nicht gewagt, den vielen Anträgen noch einen weiteren beizufügen, wenn dieser nicht gewissermassen die Möglichkeit zu einem Friedensschluss mit dem Ständerat enthielte. Er würde also bei seiner Annahme die Situation vereinfachen.

Ich schlage Ihnen vor, uns nicht nur gemäss Antrag Minderheit I in der Redaktion dem Ständerat anzuschliessen, sondern auch in bezug auf den Ansatz der Lohnprozente, d. h. diesen Betrag – wenn er schon in der Verfassung fixiert werden muss – mit 2 Prozent festzusetzen.

Der Antrag wurde in diesem Saal bereits eingehend besprochen, weshalb ich den Rat unseres Präsidenten befolgen möchte, hier nichts zu wiederholen. Die Argumente sind auch aus den Beratungen des Ständerates bekannt. Wir wissen genau, dass weder 2 noch 2,6 Prozent ausreichen werden, um alle die Mittel aufzubringen, die zur Erfüllung des an sich erfreulichen Zweckes nötig sind. Es wird daneben noch Subventionen aus Steuermitteln sowohl seitens des Bundes wie der Kantone erfordern.

Wir waren von Anfang an der Meinung, dass trotz des erfreulichen Zweckes ein «Zustupf» aus Steuermitteln notwendig ist. Wir wehren uns dagegen, dass auf dem Weg über die Lohnprozente auch in unserem Lande eine Lohnsteuer ins Uferlose anwächst. Eine Lohnsteuer ist im Grunde genommen eine ungerechte Steuer; sie belastet primär den Lohnverdiener, und das Kapital nur sehr am Rande.

Die Beschaffung der Mittel der öffentlichen Hand auf dem ordentlichen Steuerweg ist viel schärfer und gründlicher ausgeklügelt. Die Verteilung ist – weil das in langer Zeit historisch gewachsen ist und immer wieder überprüft wird – viel gerechter. Deshalb ist auch der Widerstand im Volk gegen erhöhte Steuern viel grösser. Diesen Widerstand wünschen wir geradezu, um die Kostenexplosion auf diesem Sektor zu bremsen. Das wollen auch andere Leute. Wir aber stehen auf dem Standpunkt – das haben wir bei der «Konjunkturübung» wieder gelernt –: die Bremsen wirken erst, wenn sie knirschen. Deshalb würde es auch hier nicht schaden, wenn die Bremsen etwas knirschten. Darum stimmen wir mit dem Ständerat für 2 Prozent, womit im Falle Ihrer Zustimmung auch die Differenz bereinigt wäre. Falls Sie dem Antrag nicht zustimmen, sehe ich voraus, dass das Markten um die Lohnprozente mit der Kleinen Kammer weitergeht und wir möglicherweise noch einmal vor die Alternative gestellt werden, die 2 Prozent anzunehmen, oder eben die Möglichkeit der rechtzeitigen Fertigstellung eines Gegenvorschlages zur Initiative zu verscherzen.

Frau Lang: Im Namen der sozialdemokratischen Fraktion bitte ich Sie, am Wort «insbesondere» festzuhalten. Damit erhält der Verfassungstext keine absolut abschliessende

Aufzählung der durch Lohnprozente zu deckenden Leistungen und bietet mehr Möglichkeiten für die Gesetzgebung, vor allem für spätere allfällige Aenderungen. So wäre es durchaus denkbar, dass ausser den Heilanstaltsbehandlungen und Hauspflege noch andere Pflegeformen einer dringenden Beitragsleistung bedürfen könnten. Dass der Ständerat für Streichung plädiert, ist aus der Sicht der Kantone verständlich; denn wenn die Mittel zur Hauptsache für Heilanstaltsbehandlungen eingesetzt werden, können die Kantone mit einer wesentlicheren Entlastung ihrer Ausgaben für das Spitalwesen rechnen. Es muss noch einmal deutlich gesagt werden, dass künftig der Bürger mit Lohnprozenten bezahlen muss, was man bisher durch ein in dieser Beziehung immerhin gerechteres Steuersystem erhoben hat. Mit den Steuern werden ja nicht allein die Erwerbseinkommen erfasst, sondern auch alle Erträge aus Vermögen sowie Gewinne. Aus diesem Grunde verlangt die sozialdemokratische Initiative neben Beiträgen der Versicherten auch Beitragsleistungen von Bund und Kantonen. Ich will mich nicht mehr weiter zur Umlagerung der Finanzierung durch Lohnprozente äussern, da schon mein Vorredner, Herr Kollege König, eingehend darauf hingewiesen hat. Er kommt allerdings zu einem anderen Schluss als ich.

Die Fixierung der Lohnprozente in der Verfassung ist eine völlig untragbare, einengende Bestimmung. Ich möchte Sie daran erinnern, dass Sie dem Volk einen Gegenvorschlag zur sozialdemokratischen Initiative vorlegen wollen. Dieser müsste, wenn Aussicht auf Annahme bestehen soll, immerhin eine bessere Lösung als der bestehende Verfassungstext enthalten. Mit 3 Lohnprozenten können 1976 voraussichtlich etwas über 40 Prozent der enumerierten Leistungen gedeckt werden; 1980 wären es nur noch knapp ein Drittel dieser Ausgaben. Die Kostenexplosion in der Kranken- und Spitalpflege war während den letzten Jahren weitaus höher als die Zunahme der Lohnsumme, und es kann auch als realistisch angesehen werden, dass dieser Trend immer weiter anhält.

Unser Kollege, Herr Egli, hat die Kostenexplosion mit einer Anspruchsinflation begründet. Ich bin seiner Meinung, wenn er damit in erster Linie die Aerzteschaft meint, die den Auslösfaktor für die Kostenexplosion liefert, was übrigens auch aus den eigenen Reihen bestätigt wird.

Das Bundesamt für Sozialversicherung hat ein Mehrwachstum der Kranken- und Spitalkosten gegenüber der Lohnsumme für die vergangenen Jahre 1966 bis 1971 von jährlich 7 Prozent errechnet. Bei diesem ungleichen Anwachsen der Ausgabenseite gegenüber derjenigen der Einnahmen kann mit der Beschränkung von Lohnprozenten keine Versicherung gewährleistet werden, die den kranken Menschen Schutz bietet. Der Fehlbetrag wird durch individuelle Beiträge und vermehrte Kostenübernahme des einzelnen gedeckt werden müssen. Damit werden Arbeiter und Angestellte, vor allem aber Familien mit kleineren Einkommen, unverhältnismässig hoch belastet. Wenn wir in Artikel 34bis Absatz 1 festhalten, dass der Bund auf dem Wege der Gesetzgebung eine soziale Kranken- und Unfallversicherung einrichtet, übernehmen wir die Verpflichtung, auch eine soziale Versicherungseinrichtung tatsächlich zu ermöglichen.

Aus den dargelegten Gründen lehnt die sozialdemokratische Fraktion die Fixierung von Lohnprozenten ab und bittet Sie, den Antrag der Minderheit III zu unterstützen.

M. Forel: Pour une fois, nous sommes entièrement d'accord avec ce que vient de nous dire notre collègue et ami André Gautier pour la suppression sans importance des mots «en particulier». Nous sommes également heureux de voir qu'il s'est rallié, lui aussi, aux 3 pour cent; ainsi, ceux qui pratiquent la médecine se rendent compte de son coût réel.

Les divergences opposant les deux Chambres semblent à première vue uniquement techniques. Le Conseil des Etats propose que soit perçue une cotisation générale, selon les

règles AVS et AI, n'excédant pas 2 pour cent du revenu de l'activité lucrative, pour couvrir les frais de prévention, de guérison et de maternité alors que le Conseil national estime qu'une cotisation de 3 pour cent est nécessaire. Une minorité II propose 2,6 pour cent et, enfin, une minorité III, tout en maintenant le 3 pour cent, insiste avec raison sur l'importance de la médecine préventive. Enfin nous tenons, du reste, à féliciter M. Müller-Berne de sa proposition de maintenir éventuellement son initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie.

Derrière ces divergences qui se présentent en pourcentage, il y a en fait une double bataille. D'abord celle des employeurs, qui ne veulent pas participer financièrement à une véritable sécurité médicale puisqu'ils devront prendre en charge la moitié au moins de la cotisation des travailleurs; ensuite, celle que nous engageons résolument afin d'obtenir pour toute la Suisse une assurance en cas de maladie, de maternité et d'accidents ainsi qu'une médecine préventive digne de ce nom. Cette bataille est d'autant plus difficile que, suivant les cantons, le terrain n'est pas égal. En effet, certains cantons ont déjà une assurance-maladie généralisée et obligatoire, en dessous d'un certain revenu. D'autres ont créé une assurance en cas de maladie, d'accidents et d'hospitalisation obligatoire à partir d'un certain âge, ce qui représente évidemment les plus gros risques et provoque des cotisations d'assurance inadmissibles. Ces cantons ont bien tenté de diminuer ces cotisations par des lois d'encouragement et d'aide à l'assurance mais les normes de ces lois sont telles que les ayants droit ont diminué d'un bon tiers ces trois dernières années.

Si je prends l'exemple du canton de Vaud, actuellement un couple disposant d'un revenu mensuel de quelque 1260 francs par mois paie une cotisation de 230 francs – 115 francs par personne – pour couvrir ses frais de maladie et d'hospitalisation. Notons encore les 10 pour cent de participation aux frais médicaux et le coût de la feuille maladie. Il en résulte que, pour un couple âgé, environ 20 pour cent de son modeste revenu est absorbé par son assurance-maladie. S'il paie un loyer de 350 francs plus les charges de chauffage et les impôts – autant de dépenses incompressibles – il reste 11 à 12 francs par jour pour vivre, se vêtir, se nourrir à deux personnes. Le moins que l'on puisse dire est que ce couple – relativement favorisé quant à ses rentes – connaît une situation que l'on doit qualifier de miséreuse. Et que dire de ceux qui n'ont que l'AVS ou l'AI pour vivre? Pour eux, la Confédération et les cantons sont non seulement obligés de payer la totalité de leurs cotisations pour l'assurance-maladie et accidents et les frais hospitaliers, mais doivent encore subventionner leurs loyers.

Il est en outre indispensable que les frais hospitaliers soient revus. Il est tout à fait anormal que, dans certains cantons – comme le mien par exemple – le prix des constructions d'hôpitaux, les intérêts hypothécaires et autres soient inclus dans la note totale présentée au malade ou à la caisse d'assurance.

En terminant, je désire relever encore deux points importants: les affections dentaires et les soins à domicile. Dans nos textes en discussion, on ne parle plus des affections dentaires, mais de «certaines» affections dentaires. Cela veut-il dire que seuls seront couverts les frais pour les extractions et les obturations? Les traitements de racines seront-ils inclus? Il est évident qu'avec moins d'argent on fera une moins bonne médecine dentaire.

Quelle sera enfin l'aide pour les soins à domicile? La question se pose d'une façon aiguë; si l'on développe intelligemment les soins paramédicaux et ménagers à domicile, le nombre de jours d'hospitalisation peut être fortement réduit, d'où une économie générale importante.

Ce sont toutes ces raisons qui nous engagent à appuyer fortement et sans hésitation la proposition de maintenir la participation à 3 pour cent. Nous ne voulons pas de médecine ou de prévention médicale au rabais.

Frau Ribl: Ich frage mich, ob wir eigentlich zur Differenzbereinigung sprechen, oder ob wir nicht mit dem Antrag III nochmals am Grundsätzlichen Mittel, am Grundsatz nämlich, ob wir die allgemeinen Mittel, die wir zur Verfügung stellen, beschränken und damit eine Kostenbremse einführen wollen, oder ob wir einfach einen Aufwand decken wollen, den wir zudem überhaupt nicht richtig beziffern können. Kein Mensch weiss nämlich, wie dieser Krankenpflegeaufwand eigentlich zustande kommt, und zum mindesten können wir ihn nicht in den Griff bekommen. Wir verbilligen nicht mehr, wir übernehmen einfach Kosten. Ich frage mich in diesem Zusammenhang: Wo bleibt noch die Mitverantwortung des einzelnen? Wo bleibt dann die sparsame Spitalplanung, die auf eine rationelle Spitalführung und Spitalverteilung Rücksicht nimmt? Ich werde ganz einfach den Verdacht nicht los, dass es Partner in dieser berühmten Allianz gibt, die im Grunde die SP-Initiative am liebsten sähen, aber einfach nicht dazu stehen wollen. Es wäre ehrlicher, dazu zu stehen.

Was heute vorgelegt wird, ist keine Alternative zur Initiative mehr, wenn wir auf dieser prozentualen Deckung des Aufwandes beharren. Wir finanzieren nämlich damit die Hälfte eines Aufwandes; morgen werden wir vielleicht drei Viertel finanzieren müssen, und dann haben wir die verstaatlichte Medizin, ohne Selbstverantwortung.

Ich ersuche Sie, den Minderheitsantrag III abzulehnen.

Staehelein: Wenn wir der sozialdemokratischen Initiative einen zügigen Gegenvorschlag entgegenstellen wollen, so müssen wir uns vor einem hüten, nämlich davor, grosse Worte zu machen, hinter denen nicht viel Substanz steckt. Entschuldigen Sie, wenn ich das so deutlich sage. Aber grosse Worte haben wir das letzte Mal gemacht. Wir haben versprochen, dass mittels Lohnprozenten finanziert werden sollen: die Verbilligung der Heilanstandsbehandlung sowie der Hauspflege, Leistungen bei Mutterschaft und präventivmedizinische Massnahmen. Dazu kommt der Ausbau der bisherigen Krankenpflegeversicherung nach den Vorschlägen des Flimser Modells, z. B. der Einschluss von Zahnbehandlungen, um nur diesen einen grossen Brocken noch zu nennen.

Das sind gewaltige neue Aufgaben, die wir der Krankenversicherung aufbürden. Es dürfte uns von Anfang an klar gewesen sein, dass alle diese Dinge einiges kosten, wenn sie mehr als nur eine oberflächliche Geste bleiben sollen. Das Bundesamt für Sozialversicherung errechnet für die durch Lohnprocente zu deckenden Aufgaben einen Bedarf von 2,2 Milliarden Franken im ersten Jahr. Der Ständerat und eine Minderheit unserer Kommission möchten einen Höchstansatz von 2 Lohnprozenten in der Verfassung verankern. Da 2 Lohnprocente aber nur 1,8 Milliarden ergeben, würden von den vom Bundesamt budgetierten Ausgaben von vorneherein 400 Millionen Franken ungedeckt bleiben. Nun könnte man natürlich die Leistungen entsprechend kürzen und die Ausgaben auf 1,8 Milliarden beschränken. Dann sollten wir aber wenigstens so konsequent und so ehrlich sein, unsere grossartigen Versprechen wieder zurückzuschrauben auf ein glaubwürdiges Mass, z. B. auf das ursprüngliche Mass des Ständerates, der nur sagte, die Lohnprocente seien «insbesondere zur Verbilligung der Heilanstandsbehandlung» zu verwenden. Eine weitere Frage wäre dann allerdings die, ob sich der ganze Aufwand, den eine Einführung von Lohnprozenten mit sich bringen muss, noch rechtfertigen und lohnen würde, im Vergleich zu dem relativ bescheidenen Resultat an Leistungen, das faktisch noch übrig bliebe. Machen wir uns also nichts vor. Mit 2 Lohnprozenten kommen wir nirgends hin, und leere Versprechen werden bald durchschaut.

Nun könnte man freilich in Erwägung ziehen, die ungedeckten Mehrausgaben auf irgendein Opfer zu überwälzen, z. B. auf die Bundesfinanzen. Ich glaube nicht, dass das jemand im Ernst ohne weiteres will. Mit der ganzen Neuordnung der Kranken- und Unfallversicherung sollte ja

im Gegenteil auch eine gewisse Bremse für die bedrohlich anwachsenden Ausgaben des Fiskus gefunden werden. Aber der Bundesrat scheint doch in dieser Beziehung ernsthaft Befürchtungen zu hegen. Das geht deutlich aus dem Votum von Herrn Bundesrat Hürlimann vor dem Ständerat hervor, wo er, wenn nicht wörtlich, so doch dem Sinne nach, sagte, der Bundesrat trete angesichts der bedenklichen Finanzlage des Bundes für 3 Lohnprozente ein. Also auch für den Bundesrat sind 2 oder 2,6 Lohnprozente von vorneherein zu wenig und würden sich für die Bundeskasse ungünstig auswirken. Auch die Krankenkassen fürchten, man könnte ihnen den Schwarzen Peter der ungedeckten Mehrausgaben zuschieben. Sie treten zwar grundsätzlich für einen Ausbau der Leistungen in der Krankenpflegeversicherung ein. Insbesondere liegt ihnen daran, dass noch bestehende Lücken ausgefüllt und gewisse Härten ausgeglichen werden. Aber nur wenn ein tragbarer Finanzierungsmodus gefunden werden kann. Es beschäftigt sie die Frage, was geschieht, wenn von Anfang an 2 Lohnprozente und nach wenigen Jahren voraussichtlich auch 3 Lohnprozente zur Deckung der neu beschlossenen Ausgaben nicht mehr genügen werden. Bisher wurden die finanziellen Lasten der Krankenversicherung – und damit auch der gewaltigen Kostenexplosion der letzten Jahre – in angemessener Weise auf die Schultern der Partner verteilt. Partner waren die Versicherten mit ihren Prämien und Kostenbeteiligungen einerseits und die öffentliche Hand mit den Subventionen andererseits. Neu kommen nun als dritte im Bunde die Lohnprozente dazu. Heute zeichnet sich nun deutlich die Tendenz ab, nicht nur die Lohnprozente von vorneherein zu fixieren, sondern auch die Beiträge der öffentlichen Hand zu limitieren, so dass nichts anderes übrigbleibt, als die fortschreitenden Kostensteigerungen einseitig den Krankenkassen, das heisst den Versicherten, anzulasten, was sie auf die Dauer ganz einfach überfordern wird.

Auch wir lösen ja mit unseren grosszügigen Beschlüssen eine neue Kostenwelle aus, ohne uns klare Vorstellungen darüber zu machen, wen wir da eigentlich zur Kasse bitten und in welchem Ausmass. Es ist deshalb durchaus verständlich, wenn die Krankenkassen – übrigens gemeinsam mit der Verbindung der Schweizer Aerzte – uns in einer Eingabe ihrer Allianz darauf aufmerksam machen, dass sie einer Fixierung der Lohnprozente in der Verfassung nicht zustimmen könnten, weder mit 2 noch mit 3 Prozenten. Gegen den Widerstand der Aerzte und der Krankenkassen aber – das hat Herr Bundesrat Tschudi schon in der ersten Sitzung unserer Kommission deutlich gesagt – werden wir keine Vorlage in der Volksabstimmung durchbringen. Die lachenden Dritten könnten dann unter Umständen die Sozialdemokraten mit ihrer Initiative sein. Oder es gibt überhaupt einen Scherbenhaufen, indem sowohl die Initiative als auch der Gegenvorschlag abgelehnt werden. Damit wäre aber niemandem gedient, auch den Bundesfinanzen nicht, und wir müssten wieder von vorne anfangen.

Der Traum, mit den Lohnprozenten eine neue Finanzierungsquelle für die Krankenversicherung entdeckt zu haben, dürfte dann endgültig ausgeträumt sein.

Nun bietet sich in dieser schwierigen Lage ein Ausweg an mit dem Antrag, den Kollege Jelmini heute begründet hat. Dieser Antrag vermeidet auf jeden Fall eine gewisse Torchlusspanik, die allen übrigen Anträgen zugrunde liegt. Haben wir eigentlich so wenig Vertrauen in die künftigen Gesetzgeber, also in uns selber oder in unsere Nachfolger in den eidgenössischen Räten, dass wir glauben, ihnen von vorneherein die Hände weitgehend binden zu müssen, sei es mit starr fixierten Lohnprozenten in der Verfassung, sei es auch nur durch die Streichung des Wörtleins «insbesondere», das die Verwendungsmöglichkeiten der neuen Geldmittel etwas weniger rigoros festlegen möchte? Wir handeln ja heute nicht aus einer besonderen inneren Sicherheit und klaren Weitsicht heraus, denn wir wissen alle miteinander nicht, wie sich die Verhältnisse im Krankenversicherungswesen weiterentwickeln werden, nicht ein-

mal für die allernächste Zukunft. Wir sollten deshalb Angstreaktionen vermeiden, die sich, so gut sie gemeint sein mögen, als Fehlschlüsse erweisen könnten. In zwei oder drei Jahren werden wir oder unsere Nachfolger jedenfalls besser wissen als wir heute, wie die Kranken- und Unfallversicherung im einzelnen zu gestalten ist. Der Antrag Jelmini bzw. der Minderheit III verbaut für die Zukunft keine Möglichkeiten. Es können auch bei der Gesetzgebung noch die gleichen restriktiven Massnahmen beschlossen werden, wie sie heute beantragt werden, aber aufgrund von vertiefter und besserer Einsicht, als sie uns heute möglich ist. Es bleiben aber auch Wege und Möglichkeiten offen, die wir heute vielleicht noch gar nicht kennen, die wir uns aber nicht verbauen sollten.

Der Antrag Jelmini hat ferner den unbestreitbaren Vorteil, dass ihm von vorneherein im Hinblick auf die Volksabstimmung eine grosse Gefolgschaft in der Bevölkerung gesichert sein dürfte. Er liegt deutlich auf der Linie der Wünsche der Allianz der Aerzte und Krankenkassen. Wenn wir ihn annehmen, so dürfte sich der Gegenvorschlag der Bundesversammlung als echte und erfolgversprechende Alternative zur Initiative der Sozialdemokratischen Partei und der Gewerkschaften erweisen. Wenn wir ihn ablehnen, so wird der Gegenvorschlag dazu verurteilt sein – entschuldigen Sie die Stilblüte – nur als Totgeburt das Licht der Welt zu erblicken. Ich bitte Sie deshalb, dem Antrag Jelmini bzw. der Minderheit III zuzustimmen.

Leutenegger: Die einzelnen gefallenen Voten veranlassen mich, auch noch einige wenige grundsätzliche Gedanken aus der Sicht der SVP vorzubringen. Ich will mich aber dem Wunsch des Präsidenten auf ein kurzes Votum beugen und die Sache nicht lang machen.

Wir sind nach wie vor der Auffassung, dass in der Entwicklung des Gesundheitswesens Bremsen einzubauen sind und dass die soziale Sicherheit und die volkswirtschaftliche Tragbarkeit miteinander in Einklang gebracht werden müssen. Unsere Fraktion liess sich bei der Beratung der Differenzvereinbarungen zur Frage der Krankenversicherung nachhaltig vom Willen leiten, Mittel und Wege zu suchen, um der enorm angewachsenen Kostenexplosion im Gesundheitswesen, aber auch im Spitalwesen, unter allen Umständen Einhalt zu gebieten. Die gelegentlich fast ungeheuerliche Medikamentenabgabe, ja Medikamentenverschwendung, bekommt die Krankenversicherung in einem Ausmass zu verspüren, das weder den Interessen der Kranken, der Aerzte, der Krankenkassen und der Spitäler noch der Allgemeinheit gleichgültig sein kann.

Auch die ständig zunehmende Personalexpllosion z. B. bei der Aerzteschaft in einzelnen Spitälern und der gelegentlich festgestellte unbedachte Kauf von teuersten Apparaten – zum Teil gleiche Apparate für jede Abteilung eines Spitals – sind ja mit ein Grund der gewaltigen Kostenexplosion, der wir heute gegenüberstehen.

In der Frage der Höhe der zu erhebenden Lohnprozente tritt unsere Fraktion, die seinerzeit – ich möchte das betonen – mehrheitlich für die Lösung 2 Prozent eintrat, im Sinne einer Kompromissbereitschaft und vor allem auch eines Entgegenkommens gegenüber dem Ständerat (man soll das Differenzvereinbarungsverfahren ja nicht über Gebühr erschweren), für den Minderheitsantrag II, also für 2,6 Lohnprozente, ein. Wir haben damit heute darauf verzichtet, einen Antrag auf 2,5 Lohnprozente, den wir seinerzeit stellen wollten, einzureichen. Es darf aber nicht unerwähnt bleiben, dass auch heute noch ein Teil unserer Fraktion 2 Lohnprozente als richtige Lösung betrachtet, wenn man die Frage überhaupt in der Verfassung regeln will.

Demgegenüber ist eine Minderheit für den Minderheitsantrag III, welcher überhaupt auf eine zahlenmässige Festlegung der Lohnprozente verzichten möchte. Dazu ist allerdings zu sagen, dass mit dem Minderheitsantrag III Tür und Tor für eine weitere Kostenexplosion geöffnet würde, weil mindestens ein Drittel und höchstens die Hälfte des

Gesamtaufwandes der Krankenpflegekosten von den Arbeitnehmern und den Arbeitgebern zu übernehmen wäre. Man hätte dann einfach im vorgeschlagenen Sinne den einmal anfallenden Aufwand, auch wenn er sehr stark ansteigt, zu übernehmen. Eine Ordnung der Krankenpflegeversicherung nach den Regeln der AHV ist deshalb kein ungefährliches Unterfangen.

Ich bitte Sie, noch zu beachten – ich möchte das einfach unterstreichen –, dass dieses KUVG-Geschäft nun nicht mehr lange zwischen den beiden Räten hin- und hergeschoben werden sollte, weil sich sonst eine Vermittlungsübung aufdrängt, wo man sich nur noch mit Ja oder Nein zu den Differenzen äussern kann. Wir schlagen Ihnen deshalb mehrheitlich Zustimmung zum Minderheitsantrag II (2,6 Lohnprozente) vor und schliessen uns im übrigen den Mehrheitsanträgen der Kommission an.

Wyer: Weitesten Kreise der Bevölkerung, der Bundesrat und das Parlament sind sich einig, dass die künftigen Kostenträger der Krankenversicherung der Versicherte selbst, der Arbeitgeber und die öffentliche Hand sein sollen. Die Verteilung der Kosten unter diese drei Träger steht nun zur Diskussion. Entgegen der Meinung von Kollegin Martha Ribi glaube ich, dass wir uns alle Zeit nehmen sollten, diese Bereinigung voll und ganz durchzudiskutieren, denn es ist bedeutend wertvoller, wenn es uns gelingt, diese Vorlage richtig zu gestalten, als unter Umständen in einigen Monaten mit einem Scherbenhaufen vor dem Volke zu stehen und vielleicht diese wichtigste sozialpolitische Aufgabe der zweiten Hälfte unserer Legislaturperiode nicht zu lösen.

Ich glaube, dass wir uns in dieser wichtigen Stunde der Differenzbereinigung doch vor Augen führen sollten, warum es überhaupt zu dieser Revision des KUVG gekommen ist. Der Gründe möchte ich zwei anführen. Der eine Grund: das Ungenügen des bisherigen Systems, das nicht mehr und keineswegs in der Lage ist, die enorm gestiegenen Kosten zu decken. Das zweite Element: die sozial nicht mehr tragbare Verteilung der Kosten nach dem bisherigen System, womit eine übermässige Belastung der Familie, vorab der kinderreichen Familie, durch die Individualprämien entstanden ist. Werden wir nun zu einem sozialen Lastenausgleich kommen? Lassen Sie mich zur Beantwortung dieser Frage hier festhalten, wie stark der Versicherte nach bisherigem System belastet worden ist und wie es in Zukunft der Fall sein soll. Bekanntlich hat der Versicherte nach bisherigem System über Individualprämie, Selbstbehalt und Franchise 75 Prozent getragen. Wie wird es in Zukunft sein? Wenn wir diese zukünftige Belastung genau herauslesen wollen, müssen wir uns im klaren sein, was die öffentliche Hand zahlen wird. Nach Abzug der Subventionen können wir die Belastung des einzelnen sowohl nach der Lösung des Ständerates wie nach der Lösung des Nationalrates festlegen. Wenn wir die finanzielle Lage der öffentlichen Hand aller Stufen, die leeren Kassen in Bund, Kantonen und Gemeinden betrachten, dann wissen wir, dass der Beitrag der öffentlichen Hand in Zukunft nicht wesentlich gesteigert werden kann. Er kann im besten Fall in Zukunft sozial gezielter eingesetzt werden. Aus den bisherigen Beratungen ist klar erkennbar, dass auch in Zukunft der Beitrag der öffentlichen Hand bei 20 Prozent liegt.

Ausgehend von diesen Zahlen möchte ich Sie nun bitten, einmal zu berücksichtigen, dass nicht nur die Individualprämien, nicht nur der Selbstbehalt, sondern auch ein Teil der Lohnprozente durch den Versicherten bezahlt werden. Ich gebe zu, dass durch die Einführung der lohnprozentualen Finanzierung ein sozialer Ausgleich zugunsten der Familie und der unteren Einkommen gefunden wird. Aber die Hälfte der Lohnprozente geht doch zulasten des Versicherten.

Wenn Sie nun betrachten, dass nach dem Ständerat der Arbeitgeber die Hälfte von 2 Lohnprozenten oder die Hälfte

von 30 Prozent der Kosten trägt, dann verbleibt für den Versicherten über die Individualprämie, über eine angemessene Selbstbeteiligung und über die Hälfte der lohnprozentualen Kosten immer noch eine Last von nicht weniger als 64,3 Prozent gegenüber bisher, aufgerundet, 75 Prozent, oder nach den genauen Tabellen des Bundesamtes für Sozialversicherung 73,5 Prozent. Nach der Lösung des Nationalrates mit 3 Lohnprozenten senkt sich diese totale Belastung des Versicherten nur auf 58,3 Prozent. Wenn man also in dieser zur Entscheidung stehenden Finanzierungsfrage von einer Flucht in anonyme Lohnprozente spricht und glaubt, man laste dem Versicherten zu wenig auf, dann muss doch diese Rechnung gemacht werden, und es muss erklärt werden, dass die finanzielle Verantwortung des einzelnen noch sehr stark betont ist. Auch bei der Lösung des Nationalrates trägt der Versicherte noch über die Hälfte der gesamten Kosten. Der Versicherungsgedanke ist überwiegend und stark gewahrt.

Ich glaube, dass die Berücksichtigung einer nachhaltigen lohnprozentualen Finanzierung aus vielen Gründen gegeben ist. Die Medizinkosten sind weitgehend die Folge einer wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklung, für die wir alle verantwortlich sind. Das wirtschaftliche Leben ist stark und intensiv, es beansprucht den einzelnen, und eine vermehrte Pflege ist notwendig. Darum ist eine angemessene Beteiligung der Wirtschaft am Tragen dieser Kosten begründet. Wenn auch das Krankheitsrisiko subjektiv ist, viele Leute leichthin zum Arzt gehen und vielfach der Medizinkonsum zum Wohlstandskomfort wird, so ist trotzdem jede Verallgemeinerung falsch. Der Ueberkonsum mag in starkem Masse für die ambulante Behandlung gelten, aber nicht bei der Spitalpflege. Das Spital wird ja nicht zum Vergnügen in Anspruch genommen, sondern weil die Wahrung der Gesundheit dazu zwingt. Ich möchte Sie fragen: Wenn heute der einzelne, wenn heute der Familienvater und seine Familie über enorm hohe Spitalkosten in Schwierigkeiten gerät, kann er dafür verantwortlich gemacht werden, er allein? Sind die teuren Spitalbauten und die teuren Anlagen nicht durch eine rasante Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und durch die Entscheide vieler politischer Behörden möglich geworden? Soll das die Familie berappen, soll das der einzelne berappen, der aus einer gesundheitlichen Notlage ins Spital muss? Das wäre fürwahr kein sozialer Entscheid, und er würde vor allem mit einer modernen Familienpolitik nicht mehr vereinbar sein. Ich halte den Antrag Egli für zu eng und zu ungenügend, und ich bin froh, dass im Mass der lohnprozentualen Finanzierung die CVP-Fraktion doch mehrheitlich die sozial weitergehende Lösung unterstützt.

Nun zum System: Entgegen dem Vorschlag des Bundesrates hat der Ständerat eine Begrenzung der lohnprozentualen Finanzierung vorgenommen. An einer Begrenzung kann man festhalten, obwohl diese Zahlen in der Verfassung nie und nimmer ein Schmuckstück einer modernen Verfassungsgesetzgebung sein werden. Aber trotzdem die Verhandlungen sehr weit fortgeschritten sind, glaube ich, dass das System der Begrenzung geändert werden muss. Diese Begrenzung darf nicht auf der Beitragsseite, sondern sie muss auf der Kostenseite erfolgen, die sogenannte Proportionalform müsste gewählt werden. Das Warum hiezu hat Bundesrat Hürlimann vor dem Ständerat in voller Klarheit umrissen. Entwickeln sich die Lohn- und Spitalkosten und die Krankenpflegekosten in gleicher Weise wie die Löhne, dann bleibt die Relation bestehen. Steigen jedoch die Kosten der Krankenpflege stärker als die Löhne, wie dies in den letzten Jahren der Fall war, dann sinkt der relative Anteil der Lohnprozente sehr rasch. Bleibt die Differenz wie in den letzten fünf Jahren bei 7 Prozent, dann werden wir 1980 schon folgende Lage haben: Mit den 2 Lohnprozenten des Ständerates werden nicht mehr 30 Prozent der Kosten wie 1976, sondern nurmehr 22 Prozent gedeckt; die 3 Lohnprozente (nach nationalrätlicher Lösung) würden nicht mehr 45 Prozent der

Kosten wie 1976 decken, sondern nurmehr 33⅓ Prozent. Ein derartiges System kann doch nicht gewollt sein. Eine Revision des KUVG wäre bereits heute in Sichtweite, wenn wir diese Lösung treffen, und soziale Spannungen im Vorfeld einer solcher Revision werden unvermeidbar sein. Der Ständerat sieht zudem das Problem ganz klar; Kommissionspräsident Hofmann hat richtig ausgeführt: Was soll geschehen, wenn die Zeit kommen sollte, wo 2 Lohnprozente nicht mehr genügen? Er sagt: Zuerst müsste ernsthaft geprüft werden, was durch die Anpassung der Individualprämien und der Selbstbehalte gedeckt werden könnte. Und wenn das nicht mehr genügen sollte, dann müsste man nach neuen Quellen Ausschau halten. Alternativen wären die Erhöhung der Lohnprozente oder Sondersteuern.

Damit sehen Sie das Ungenügen dieser Lösung (Begrenzung auf der Beitragsseite). Es wird ein Druck auf die Individualprämien entstehen. Genau der gleiche Druck, der nun zur Revision geführt hat, wird anhalten. Betreffend ein Ausweichen auf Sondersteuern werden wir sehr bald bei der Präsentation des Sofortprogrammes unseres neuen Finanzministers sehen, dass die Steuerquellen, die bestehen, alle und voll ausgeschöpft werden müssen, um den Gesamthaushalt des Bundes zu decken.

Es wird aber noch eine andere Alternative denkbar sein: Es wird ein hartes Feilschen um höhere Subventionen einsetzen, und wenn wir heute eine Lösung der Begrenzung auf der Beitragsseite treffen, dann wird ein unerhörter Kampf für eine Mehrbelastung des Bundes und der Kantone einsetzen.

Ich möchte zur Kostenbremse – nachdem ich diesen weitergehenden Antrag unterstütze – doch meine Meinung hier nochmals zum Ausdruck bringen. Die Individualprämien waren seit Jahrzehnten in Kraft. Trotzdem diese vom Versicherten getragen worden sind, waren sie in keiner Art und Weise in der Lage, die Kostenexplosion einzudämmen, und das gleiche – davon bin ich überzeugt – wird auch mit den begrenzten Lohnprozente der Fall sein. Wer die Medizinkosten senken will, der hat beim Hauptsünder, beim Spitalbau, einzusetzen, zu rationalisieren und die Hauspflege zu fördern, und er hat bei der ambulanten Behandlung einen starken Selbstbehalt zu unterstützen. Dort liegt meines Erachtens der harte Kern. Auch der Selbstbehalt kann begrenzt und so gestaffelt werden, dass er sozial tragbar wird. Die Begrenzung der Lohnprozente auf der Beitragsseite stellt eine Begrenzung der Belastung der Wirtschaft dar. Auch dieser Gesichtspunkt (Belastung der Wirtschaft) muss gerade in heutiger Zeit geprüft werden; aber er sollte meines Erachtens hier nicht entscheidend sein, weil er auf Kosten der Familie geht.

Ich sage Ihnen zum Abschluss: Denken Sie bei Ihrer Entscheid, was Individualprämien bedeuten. Individualprämie bedeutet eine Prämie für den Familienvater, für die Mutter, für jedes Kind. Glücklicherweise haben die Krankenkassen, deren genossenschaftliche Zielsetzung in neuester Zeit oft in Frage gestellt wird, aus eigener Initiative für die kinderreichen Familien bereits eine Prämienbefreiung und damit eine Solidarität gefunden.

Aus all diesen Ueberlegungen und nicht zuletzt, um die Chance einer konstruktiven Lösung in Begegnung mit der Initiative zu ermöglichen, bitte ich Sie, die Proportionalformel nach Antrag Jelmini zu unterstützen. Es ist nichts anderes als der von Ständerat Graf (SVP) im Ständerat formulierte Antrag, der seinerseits eine Weiterentwicklung des Antrages Mugny war. Sollte diese Proportionalformel nicht möglich sein, zu der sich die Mehrheit unserer Fraktion nicht entschloss, dann möchte ich Sie bitten, wenigstens die 3 Lohnprozente anzunehmen. Ich darf Ihnen bekanntgeben, dass die Mehrheit der CVP-Fraktion sich für diese 3 Lohnprozente entschieden hat. Würde dieser Entscheid fallen, dann bleibt unsere Hoffnung auf eine gute und konstruktive Lösung beim Ständerat, der schon bei anderer Gelegenheit bewiesen hat, dass er soziales Verständnis hat und gute Gesetzgebungsarbeit leisten kann.

Röthlin: Wie anlässlich der Dezembersession spürt man auch heute wieder aus praktisch allen Voten den Wunsch, für eine weitere soziale Sicherung eine tragbare Lösung zu finden. Andererseits haben wir aus diesen verschiedenen Voten von der Kostenexplosion gehört – Herr Kollega Trottmann hat sie als überproportionale Kostensteigerung bezeichnet; wir wissen aus der Perspektivstudie, dass uns bis 1985 5 Lohnprozente für die soziale Sicherheit erwarten. Auf diese Perspektivstudie angesprochen, hat mir Herr Professor Kaiser folgende Auskunft gegeben: «Ich kann versichern, dass das Problem der Gesamtbelastung der Sozialversicherung ernst genommen wird. Auf die Harmonisation zwischen Sozialversicherung und Volkswirtschaft lege ich grossen Wert. Immerhin gibt es Volkswirtschaftler, die das Gewicht der echten Bedürfnisse in der Sozialversicherung noch nicht erkannt haben. In der Krankenversicherung muss aufgepasst werden, dass kein sozialer Luxus getrieben wird, es sollen nur die echten Bedürfnisse versicherungsmässig gedeckt werden.»

Nach diesen Ausführungen kann man sich fragen: Was ist volkswirtschaftlich noch tragbar? Wir wissen, dass weitere Aufgaben auf uns zukommen. Ich denke an die Lohnprozente für Krankentaggeld, ich denke an die Finanzierung für die zweite Säule, ich denke an weitere Revisionen der AHV/IV.

Aus diesen Gründen haben im Juni 1971 Herr Tschopp und Mitunterzeichner eine Motion eingereicht, die diese volkswirtschaftlichen Fragen anvisiert. Er weist darauf hin, dass die Sozialversicherungen immer grösser werden, dass sie in erheblichem Umfange – wie Sie geschrieben haben – zunehmen, und Sie fragen dann den Bundesrat an: Um in die sozial- und volkswirtschaftlichen Zusammenhänge vermehrte, für Gesetzgeber und Öffentlichkeit unerlässliche Klarheit zu bringen, wird der Bundesrat beauftragt, einen Bericht zu erstatten über: a. die arbeitsleistungsunabhängigen sozialen Aufwendungen, b. die aus gegenwärtig zur Diskussion stehenden Projekten und Plänen zu erwartenden Aufwendungen, c. die Auswirkungen dieser Aufwendungen unter struktur-, konjunktur- und finanzpolitischen Gesichtspunkten. Herr Bundesrat Tschudi hat dann im Juni 1972 diese Motion entgegengenommen und hat unter anderem ausgeführt: «Mit dem prägnanten Ausbau wächst die Sozialversicherung in Dimensionen hinein, die es als angezeigt erscheinen lassen, die volkswirtschaftlichen Auswirkungen vermehrt abzuklären.»

Ich möchte in diesem Zusammenhang Herrn Bundesrat Hürlimann bitten, uns Auskunft zu geben, wie weit diese Studien gediehen sind. Ich danke.

Hubacher: Wir sind daran, einen Gegenvorschlag zur sozialdemokratischen Initiative zu entwerfen. Als Angehöriger der Initianten könnte ich mir sagen, dass rein abstimmungstaktisch dieser Gegenvorschlag möglichst ungünstig aussehen sollte, also möglichst nach der Version des Ständerates und der Anträge, die auch hier von der Minderheit I vorgetragen werden.

Von der Sache her aber, glauben wir, sollte doch der Gegenvorschlag mindestens eine bessere Alternative bieten, als sie der heutige Verfassungsartikel, der seit 1890 besteht und den wir nie voll ausgeschöpft haben, darstellt. Ich habe fast den Eindruck, dass die beiden Vorschläge, Minderheit III/Jelmini, der die Proportionalformel vorschlägt, und die Mehrheit der Kommission, die sich auf 3 Prozent festgelegt hat, im Grunde genommen übereinstimmen. Die Kommissionmehrheit hat mit 3 Prozent die Proportionalformel Jelmini für das Jahr 1974 übernommen. Aber die Fixierung des Prozentsatzes in der Verfassung hat den Nachteil, dass der an und für sich im Moment als richtig anerkannte Verteilungsschlüssel nicht wird durchgehalten werden können, weil, wie erklärt worden ist, die Kosten der Spitalpflege vermutlich weiterhin rascher ansteigen werden als die übrigen Kosten, als die Löhne. Ich meine, was mit 3 Prozent heute als richtig anerkannt wird,

sollte doch auch zehn Jahre später noch richtig sein, und das garantiert eigentlich nur der Antrag der Minderheit III/Jelmini. Dieser Antrag hätte zudem den Vorteil, dass die überraschend zustande gekommene Allianz zwischen den Krankenkassen und der Medizinischen Gesellschaft eigentlich in diesem Antrag materiell berücksichtigt würde. Wir haben doch alle gefunden, dass diese Allianz eine durchaus positive Entwicklung darstellt, und auch diese beiden Partner, die sich jahrelang bekämpft haben, anerkannten in ihrem Arbeitspapier die Proportionalformel, wenn man die Differenzen zwischen Krankenkassen und Medizinischer Gesellschaft rein prozentual betrachtet, ungefähr in der Relation, wie sie in der Formel von Herrn Jelmini berücksichtigt worden ist. Es wäre damit auch politisch eine absolut breite Basis bei den verschiedenen Partnern vorhanden. Ich meine daher, eigentlich sollte der Antrag der Minderheit III berücksichtigt werden.

Nun wird erklärt, diese Formel leiste der Kostenexplosion eigentlich weiterhin Auftrieb. Ich glaube, Kollege Wyer hat mit Recht dargelegt, dass die Kostenexplosion nach dieser Theorie unter der heutigen Ordnung der Individualprämien ja gar nicht hätte stattfinden dürfen. Die Praxis zeigt doch, dass sie eben anders verläuft. Das erinnert mich an den Ausspruch, den einmal alt Bundesrat Schaffner auf einen Antrag eines Kollegen getan hat, indem er erklärte, seine Feststellung sei so falsch, dass nicht einmal das Gegenteil richtig sei. Ich meine: machen wir uns nicht ein X für ein U vor; die Kostenexplosion wird kaum mit fixierten Prozentsätzen in der Verfassung abgebremst. Ich habe vor mir beispielsweise ein Papier aller Chefarzte der Basler Universitätskliniken, die von der Regierung (bekanntlich war Basel-Stadt einmal ein reicher Kanton und ist es zurzeit nicht mehr, sondern wir haben eine ziemlich defizitäre Rechnung) ganz dringend daran erinnert wurden, möglichst sparsam mit den Finanzen umzugehen. Die Aerzte stellten fest, dass die Kostenexplosion keine lokale, sondern eine weltweite Erscheinung in der Medizin sei, und sie erklärten dann: «Wir sind selbstverständlich bereit, die Gelder sparsam zu verwalten, aber es darf nicht zu einem Abbau medizinischer Leistungen im Dienst am kranken Menschen in Lehre und Forschung kommen. Ohne wissenschaftliche Leistungen ist das auch für die Lehre unerlässliche Schritthalten mit der sich entwickelnden Medizin nicht möglich. Auf keinem anderen Gebiet sind Lehre, Forschung und Dienstleistung so eng miteinander verflochten wie bei der Medizin.» Ich frage Sie: Wer von uns ist imstande und politisch willens, vorzuschreiben, wo die Medizin dann praktisch gesehen diese Sparübungen durchführen soll? Wer ist imstande zu erklären, diese oder jene Apparatur im Spital X und Y dürfe nicht angeschafft werden? Es ist doch ein Entscheid, den wir Politiker kaum verantworten können. Wenn die Medizin eben Anschaffungen verlangt und die Entwicklung im bisherigen Tempo weitergehen wird, können wir sie kaum bremsen. Ich habe fast den Eindruck, die Formulierung, die Kostenexplosion müsse mit einer fixierten Prozentformel in der Verfassung eingedämmt werden, sei im Grunde genommen eine Bremse, um die Leistungen der Krankenkasse von Anfang an einzuschränken, und man verpackt das mit der Etikette Kostenexplosion. Stopp der Kostenexplosion würde eine grundsätzliche Aenderung unseres Wirtschafts- und Gesellschaftssystems bedeuten. Das wäre nur mit einem harten Dirigismus möglich. Denn dann müsste man die pharmazeutische Industrie daran hindern, dass sie ungefähr 30 000 Medikamente auf den Markt wirft, und dann müsste man den Ärzten und der Medizin von Staates wegen vorschreiben, was noch zugelassen und was nicht mehr zugelassen wäre. Ich weiss nicht, ob die Vertreter dieser Kostenexplosionsdämpfungstheorie eine derart weitgehende planwirtschaftliche Massnahme dann auch befürworten würden.

Wenn wir hier von Kostenexplosion reden, darf ich Sie an einen Zeitungsartikel des sanktgallischen Gesundheitsinspektors erinnern, den dieser seinerzeit in der «Neuen

Zürcher Zeitung» veröffentlichte, und worin er unter anderem ausführlich darlegte, was in unserem Lande auf dem Gebiete der Medizin und der Volksgesundheit noch an Rückstand aufzuholen sei; insbesondere liege in der Schweiz die ganze Rehabilitation des kranken Menschen noch im argen, hier sei gegenüber den europäischen Nachbarländern ein enormer Rückstand aufzuholen. Dieses Aufholen wird uns aber viel Geld kosten und nicht etwa Geld einsparen.

Herr Kollege Wyer hat uns dargelegt, wie ungünstig sich die Verhältnisse für einen Familienvater entwickeln, je nachdem, ob die proportionale Formel gewählt wird, oder ob der Prozentsatz in der Verfassung fixiert wird. Je geringer die lohnprozentuale Finanzierung ausfallen soll, desto grösser werden Individualprämien die Familie belasten. Herr Professor Kaiser hat der Kommission ein Papier ausgehändigt mit einer genauen frankenmässigen Ausrechnung nach der geltenden Ordnung. Ich entnehme ihr das Beispiel eines Verheirateten mit zwei Kindern und einem jährlichen Einkommen von 25 000 Franken: Dieser Mann bezahlt heute an Individualprämien 1890 Franken für Krankenpflege- und Krankengeldversicherung nach der Norm, wie sie Herr Professor Kaiser auswählte. Er würde nach der Initiative der Sozialdemokratischen Partei 800 Franken zu bezahlen haben, weil die lohnprozentuale Finanzierung einen Solidaritätsbeitrag enthält; er würde bei der Lösung des Ständerates immer noch 1745 Franken bezahlen, also praktisch keine Entlastung gegenüber dem heutigen Zustand erfahren. Die einzige Auswirkung dieser 2-Prozent-Formel wäre, dass der Versicherte mithilfe, die Spitaldefizite zu sanieren und die kantonalen Finanzhaushalte zu entlasten; aber seine eigene, heute übermässige Belastung (wie sie auch von den Krankenkassen in einer kürzlichen Erklärung als untragbar bezeichnet wurde) wird mit der 2-Prozent-Formel überhaupt nicht verbessert.

Wir sind deshalb der Meinung: Wenn Sie schon eine wirksame Alternative gegenüber der SP-Initiative schaffen wollen, die auch den Initianten überhaupt ein Gespräch über das weitere Schicksal der Initiative offen liesse, dann käme eigentlich nur der Antrag der Minderheit III in Frage.

Fischer-Bern: Herr Kollege Wyer hat Ihnen erklärt, es sei notwendig, dass die Wirtschaft zu einer angemessenen Kostenbeteiligung an der Krankenversicherung herangezogen werde. Das bestreite ich nicht, ich unterstreiche vielmehr, dass die Wirtschaft – die sonst sehr oft kritisiert wird – von Anfang an Hand geboten hat, um eine solche Kostenbeteiligung zu realisieren. Das ist nicht unbedingt selbstverständlich. Den Arbeitgebern mutet man einen substantiellen Beitrag zu; er würde bei 2 Lohnprozenten rund 1 Milliarde Franken ausmachen, bei 3 Lohnprozenten etwa 1,5 Milliarden Franken. Für mich selber kann ich in Anspruch nehmen, zu jenen zu gehören, die die grosszügigere Lösung postulieren, nämlich auf 3 Prozent gehen wollen, obwohl das arbeitsintensive Gewerbe davon in besonderem Masse betroffen wird.

Ob wir nun auf 2, 2,6 oder 3 Prozent gehen wollen, ist letzten Endes eine Ermessensfrage. Ob wir hingegen den Antrag der Kommissionsminderheit III – nämlich die proportionale Kostenbeteiligung – akzeptieren oder einen festen Prozentsatz in die Verfassung aufnehmen, ist ein Grundsatzentscheid. Ich möchte Sie sehr bitten, die Tendenz, die beiden Dinge als dasselbe darstellen zu wollen, zurückzuweisen und sich über die völlig verschiedenen Systeme klar zuwerden. Wir können – wie gesagt – entweder einen Prozentsatz in die Verfassung aufnehmen oder irgendeine Beteiligung an den Kosten prozentual fixieren. Das Hauptproblem liegt darin, dass man bei einer Festsetzung von 2, 2,6 oder 3 Prozent genau weiss, was die Sache kostet, und dass sich die Beteiligung der Wirtschaft an den Kosten dieser Krankenversicherung nach Massgabe der allgemeinen Lohnentwicklung bewegt und nicht nach den Kosten der Krankenversicherung. Hier liegt der springende Punkt: Heute morgen haben wir vernommen,

dass die Medizinkosten pro Jahr um rund 16 Prozent zunehmen. Wissen Sie, was das bedeutet? Das bedeutet, dass sich alle vier bis fünf Jahre die Medizinkosten verdoppeln. Können wir uns etwas derartiges auf lange Sicht vorstellen und leisten? Es ist doch unbedingt notwendig, diese Kostenentwicklung auf irgendeine Weise in den Griff zu bekommen. Diese Kosten dürfen sich nicht in stärkerem Masse erhöhen, als die Löhne verbessert werden. Wenn wir also, wie gegenwärtig, Lohnerhöhungen von 9 bis 10 Prozent zugestehen, sollte das genügen, um auch die Kosten der Heilanstaltsbehandlung zu decken.

Ich glaube, diese Kosten können wir in den Griff bekommen, weil die Entwicklung der letzten Jahre ja keine normale war. Sie war das Resultat eines sehr grossen Nachholbedarfes, vor allem auch bei den Krankenschwestern, deren Lohn grundlegend verbessert werden musste. Aber das kann nicht ewig so weitergehen, es muss irgendeinmal ein Gleichgewicht geben. Der Antrag der Kommissionsmehrheit – und damit der Beschluss des Ständerates –, wonach man einen fixen Prozentsatz in die Verfassung aufnehmen soll, hat zum alleinigen Ziel, eben diese Limitierung herbeizuführen und dieses Gleichgewicht irgendwie zu erzwingen. Wir dürfen nicht so politisieren, dass wir den Dingen einfach den Lauf lassen und lediglich dafür sorgen, dass die Mittel beschafft werden; vielmehr kommt es darauf an, Lösungen zu finden, die die künftige Entwicklung in positivem Sinne beeinflussen.

Aus diesem Grunde bitte ich Sie dringend, den Antrag der Kommissionsminderheit III abzulehnen. Ob Sie dann – wie ich es tue – für 3 Prozent stimmen oder dem Antrag Egli auf 2,6 Prozent zustimmen, ist eine Ermessensfrage. Das ändert am Schicksal des Krankenversicherungswesens nicht viel. Nach meiner persönlichen Ueberzeugung müssen wir dieses Gebiet heute sanieren. Deshalb brauchen wir die 3 Prozent. Aber es soll dann später bei diesen 3 Prozent bleiben, und die Kosten der Heilanstaltsbehandlung usw., die durch diese Beiträge der Wirtschaft gedeckt werden sollen, haben sich auf lange Sicht nach dem zu richten, was die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung, ausgedrückt durch die Lohnerhöhungen, eben mit sich bringt. Ich bitte Sie, den Grundsatzentscheid in diesem Sinne zu fällen.

M. Martin, rapporteur de la majorité: La divergence concernant l'article 2, 2e alinéa, porte sur deux points que je rappelle brièvement. Premièrement, il s'agit de décider du maintien ou de la suppression de l'expression «en particulier». Vous l'avez entendu, une minorité de la commission vous propose de vous rallier à la version du Conseil des Etats, qui supprime ces mots «en particulier». Il paraît en effet à cette minorité de la commission que, malgré l'importance des ressources financières, celles-ci ne doivent pas être trop éparpillées, sinon on n'apportera plus une aide réelle. Personnellement, je me rallierai à cette minorité I de la commission, qui fait cette concession au Conseil des Etats en supprimant de l'énumération les mots «en particulier». Je rejoins le Dr Forel qui, si j'ai bien compris, a préconisé tout à l'heure la suppression de ces mots. Je ne sais pas si c'est moi qui ai tort de me rallier à lui ou si c'est lui qui trouve un peu curieux que nous tombions d'accord. Je crois néanmoins que nous devrions adhérer à la formule du Conseil des Etats.

A ce propos, j'aimerais rappeler que nous sommes maintenant serrés par les délais. En effet, le délai pour présenter un contre-projet échoit le 31 mars de cette année. Plusieurs orateurs l'ont déjà dit, il est bien clair que nous devons arriver à une entente avec le Conseil des Etats pour établir ce contre-projet, à défaut de quoi l'initiative irait seule en votation populaire, ce qui me semblerait constituer une grosse erreur.

Concernant le financement, les spécialistes du Département de l'intérieur, avec à leur tête le professeur Kaiser, expert en sciences actuarielles, ont cherché différents systèmes pour équilibrer les prestations fournies par les uns

et par les autres. Dans le système tel qu'il a été mis sur pied, la facture totale s'élève en chiffre rond à 7 milliards de francs. Enlevez – toujours en chiffre rond – 1 milliard pour l'indemnité journalière, il faut encore, pour couvrir l'ensemble des coûts médicaux, 6 milliards. On trouve cette somme par quatre moyens: les cotisations des assurés, la franchise – ces deux postes étant essentiellement et entièrement à la charge des assurés – les cotisations des employeurs et des salariés fixées en pour-cent des salaires et, enfin, les subventions des pouvoirs publics.

Si vous adoptez la solution du Conseil des Etats, 2 pour cent, il est bien clair que vous devez alors augmenter les charges des assurés. Si vous prenez 3 pour cent, nous pouvons maintenir, semble-t-il, les cotisations à leur niveau actuel et les franchises au niveau où elles ont été prévues. Notre collègue Egli fait une proposition transactionnelle, 2,6 pour cent, pour arriver à une entente avec le Conseil des Etats. Quoi qu'il en soit, les trois propositions reposent sur un même système.

L'autre système, proposé par notre collègue Jelmini, prévoit la perception de ces cotisations paritaires en fonction de l'ensemble des dépenses médicales. Elles doivent s'élever, selon la version qui nous a été donnée, au minimum à un tiers et au maximum à la moitié de l'ensemble des frais médico-pharmaceutiques.

Si l'on veut faire une comparaison avec le système précédent, avec un tiers on a un taux de cotisation de 2,2 pour cent, avec la moitié de ces dépenses 3,3 pour cent. On dépasserait déjà, dans la situation actuelle, 3 pour cent et il est clair que l'ensemble des dépenses médicales ne va pas aller en diminuant.

Les différents orateurs qui se sont exprimés sur l'un ou l'autre des systèmes voient dans celui qu'ils préconisent la meilleure solution pour introduire un frein à l'augmentation de ces coûts. Je pense que l'argument vaut dans un sens et dans un autre.

Il me paraît personnellement que l'inscription d'un taux dans la constitution pour la cotisation est préférable parce qu'à un moment donné, si l'on manque de ressources, l'alinéa 4 de cet article 2, ainsi conçu, entrera en vigueur: «La Confédération veille à ce que l'assurance soit appliquée de manière économique et encourage une planification hospitalière sur le plan national.» Suivent alors les recommandations pour encourager tous les efforts, notamment ceux des cantons. Je pense que c'est là qu'on aura le meilleur frein; au moment où les ressources deviendront insuffisantes, il faudra bien commencer à discuter autour du tapis vert.

J'aimerais, pour conclure, rappeler que le Conseil fédéral se rallie lui aussi à la contribution de 3 pour cent fixée par la constitution. M. le conseiller fédéral Hürlimann nous a dit que ces 3 pour cent ne seraient perçus qu'en cas de nécessité et que ce prélèvement ne serait pas immédiatement nécessaire.

C'est pourquoi je me permets de vous recommander de vous rallier à la proposition de la majorité, c'est-à-dire à notre ancienne décision de fixer à 3 pour cent la contribution paritaire payable par les employeurs et les employés.

Trottmann, Berichterstatter: Ich teile die Auffassung, die von einigen Vorrednern ausgesprochen wurde, dass es sich zwischen dem Antrag der Minderheit III und den anderen Anträgen um eine Frage des Systems handelt. Aber ich möchte doch darauf verweisen, dass wir in Artikel 34quater, der die Grundlage für die AHV bildet, keine festen Prozentsätze verankert haben. Dort heisst es: «Die finanziellen Leistungen des Bundes und der Kantone dürfen sich zusammen auf nicht mehr als die Hälfte des Gesamtbedarfs der Versicherung belaufen.» Es ist also so, dass sich die Prozente und damit die Beiträge den sich ändernden Verhältnissen und Versicherungsleistungen anzupassen haben. Wir haben aber weder mit dem Antrag der Minderheit II noch mit der Mehrheit die Garantie, dass später im Gesetz ein Prozentsatz, sagen wir von 3 Prozent,

für die Finanzierung der Krankenpflegeversicherung gesichert ist. Es heisst im Verfassungstext: «Er darf bei Erwerbstätigen diesen Prozentsatz des Erwerbseinkommens nicht übersteigen.» In einem späteren Zeitpunkt, wenn das Gesetz zur Beratung kommt, bin ich sicher, dass auch dann, wenn wir heute 3 Prozent beschliessen, Anträge vorliegen werden, die nicht 3 Prozent vorsehen möchten. Aus dieser Sicht bin ich persönlich der Auffassung, dass der Antrag der Minderheit III richtig wäre.

Präsident: Nun ist die Reihe am Vertreter des Bundesrates. Herr Bundesrat Hürlimann, Sie erscheinen heute zum erstenmal nach Ihrer Wahl in die Landesregierung in der Grossen Kammer. Ich begrüsse Sie im Namen des Nationalrates herzlich und gebe der Hoffnung Ausdruck, dass die Zusammenarbeit für beide Teile angenehm und erspriesslich sein wird. Herr Bundesrat Hürlimann, Sie haben das Wort.

Bundesrat Hürlimann: Ich danke Ihnen zunächst, Herr Präsident, für Ihre freundlichen Begrüssungsworte und verspreche Ihnen, dass ich hier nichts anderes tun will als das, zu dem wir alle verpflichtet sind.

Das Problem, das Gegenstand des ersten Geschäftes dieser Session ist, hat in unserem Verfassungs- und Verwaltungsrecht eine lange Geschichte. Fast 100 Jahre alt ist die verfassungsrechtliche Grundlage, die an und für sich eine fortschrittliche, den heutigen Auffassungen angepasste Regelung der Krankenversicherung auf Gesetzesstufe erlaubt hätte; eine lange Zeit, um diese Möglichkeit durch den Gesetzgeber wahrzunehmen. Kurz ist dagegen die Frist für einen Gegenvorschlag zur Initiative. Die Räte haben noch knapp 20 Tage Zeit, um die letzten Differenzen zwischen National- und Ständerat zu bereinigen. Es geht also nicht nur um einen Verfassungsartikel, es geht auch um die Bewahrung unseres Parlamentes mit den beiden Kammern. Denn einen entscheidenden Vorteil weist der Vorschlag auf: Er ist eine echte Synthese aus dem geltenden Artikel 34bis, der Initiative und dem Vorschlag des Bundesrates. Noch mehr: Die Zielsetzung, aber auch die Grenzen werden sozial und wirtschaftlich tragbar abgesteckt. Ueberdies enthält der neue Gegenvorschlag Elemente, die bisher im Artikel 34bis fehlten. Der Bundesrat erhält im Spitalwesen Kompetenzen für Planung und Koordination. Es lohnt sich somit, diese Alternative zum guten Ende zu beraten. Es bleiben, wie Sie den konzisen Ausführungen der Referenten entnehmen konnten, denen ich dafür bestens danke, zwei Differenzen.

Erstens: Soll der Umfang der Krankenpflegeversicherung in der Verfassung abschliessend aufgezählt werden, d. h. sollen die Mittel – so der Ständerat – für Spitalbehandlung, Mutterschaft, Hauspflege und Präventivmedizin eingesetzt werden? Oder soll – so die Auffassung Ihrer Kommissionmehrheit – mit dem Wort «insbesondere» der Gesetzgeber noch andere Bereiche, z. B. die ambulante Behandlung, in den Leistungsbereich einbeziehen können? Wenn in der Verfassung – diese Art Verfassungsrecht ist für unsere Zeit, ich würde fast sagen leider, charakteristisch – schon die Limiten der entscheidenden Finanzierung festgelegt werden, dann muss man logischerweise auch den Umfang umschreiben. Der Ständerat folgte hier grundsätzlich den Zielsetzungen des Nationalrates; diese Differenz sollte daher durch Zustimmung durch Ihren Rat zum Ständerat beseitigt werden. Dies ist auch die Auffassung des Bundesrates. Frau Nationalrat Lang hat recht: Wir möchten durchaus mit dieser Regelung die Kantone mindestens für die Zukunft im Gesundheitswesen nicht noch mehr belasten, mit Rücksicht auf die Aufgaben, die wir in unserer zukünftigen Gesetzgebung, vor allem auch mit der Aufteilung der Aufgaben zwischen dem Bund und den Kantonen, den Ständen und den Steuerzahlern in den Kantonen und Gemeinden, zumuten. Ich erinnere etwa an die Aufgaben im Bildungsbereich.

Zweitens verbleibt als wichtigste Differenz die Höhe der Lohnprozente. Diese Differenz von 1 Prozent fällt tatsächlich ins Gewicht. Darf ich noch einmal daran erinnern: 1 Lohnprozent mehr oder weniger sind 900 Millionen pro Jahr für die Krankenversicherung, umgerechnet auf die heutige AHV-Lohnsumme. Der Ständerat hat sich für eine Begrenzung auf 2 Prozent, die Mehrheit der nationalrätlichen Kommission für eine solche auf 3 Prozent, in Uebereinstimmung mit Ihrem ersten Beschluss, ausgesprochen. Ein Antrag, die Begrenzung nicht in festen Lohnprozenten, sondern in Funktion des Gesamtaufwandes der Krankenpflegekosten, also proportional, festzulegen, wurde von der Kommission abgelehnt. Dieser Antrag ging dahin, den lohnprozentualen Beitrag auf mindestens einen Drittel und höchstens die Hälfte der gesamten Krankenpflegekosten anzusetzen. Diese Konzeption der proportionalen Festlegung, die Sie schon in Ihrer ersten Beratung damals gemäss einem Antrag Mugny abgelehnt haben, wird im Antrag III der Minderheit wieder aufgenommen.

Halten wir vielleicht doch zunächst, bevor wir auf die eigentliche Differenz eingehen, fest, dass die lohnprozentuale Finanzierung der Krankenpflegeversicherung im Prinzip nicht bestritten ist. Das heutige Finanzierungssystem, das auf individuellen Fixbeiträgen und öffentlichen Subventionen beruht, lässt sich in der Tat – da haben alle Votanten recht, die das ausgesprochen haben – auf die Dauer nicht weiterführen. Die aussergewöhnliche Kostenexplosion im Gesundheitswesen führt zu einer nicht mehr vertretbaren Belastung der Versicherten mit kleinem Einkommen und der grossen Familien, zumal die sozial reichlich undifferenzierten öffentlichen Subventionen einen vernünftigen Lastenausgleich nicht herbeizuführen vermögen. Daher ist man auf allen Seiten zu Recht bestrebt, mit dem Ausbau der Versicherung eine neue und bessere Lastenverteilung herbeizuführen.

Die Initiative will das Finanzierungssystem der AHV auf die Krankenversicherung übertragen. Der Gegenentwurf behält zum Teil die Fixbeiträge bei, zieht Lohnprozente für bestimmte, besonders kostenexplosive oder gesundheitspolitisch wichtige Leistungsformeln vor, nämlich für Spital- und Hauspflege, für Mutterschaft und Präventivmedizin, und verpflichtet im übrigen Bund und Kantone zu Subventionen, die hauptsächlich den wirtschaftlich schwächeren Bevölkerungsgruppen eine Versicherung zu tragbaren Bedingungen erlauben soll. Im Ergebnis weicht der von den beiden Räten bereinigte Gegenentwurf nicht wesentlich vom seinerzeitigen Vorschlag des Bundesrates auf Einführung einer Grossrisikoversicherung ab. Die Frage bleibt aber, ob für den allgemeinen lohnprozentualen Beitrag nicht nur der Verwendungszweck, sondern auch der Höchstansatz in der Verfassung festgelegt werden soll.

Der Bundesrat ist, wenngleich er es in seinem Vorschlag bei der sachlichen Umgrenzung bewenden liess, beim heutigen Stand Ihrer Beratungen für eine Festlegung der Limite mit 3 Lohnprozenten. Um diesen Standpunkt zu begründen, soll kurz auf die Argumente eingegangen werden, die von den Befürwortern einer tieferen Begrenzung ins Feld geführt werden.

Für eine niedrige Beitragsgrenze wird vor allem angeführt, dass sie erstens kostenbremsend wirke, dass sie zweitens zu einer übermässigen Gesamtbelastung der Wirtschaft, auch der Sozialversicherung führe, und dass sie drittens den Bereich der Selbstverantwortung erweitere. Zu diesen Einwänden seien noch einige Ausführungen gestattet. Sie sind notwendig, weil es – darf ich bei dieser Gelegenheit unterstreichen, was Herr Nationalrat Wyer ausgeführt hat – für unsere Sozialversicherung um einen ganz entscheidenden Beschluss auch Ihrerseits geht. Mit den Argumenten für 3 Prozent in der Verfassung versuche ich auch die Motive für die Minderheitsanträge zu entkräften. Ich vertrete damit den Antrag des Bundesrates, der sich nach Ihrem ersten Beschluss – als Sie nach einer Reihe von Eventualabstimmungen sich zu 3 Prozent durchgerungen hatten – Ihrem Standpunkt angeschlossen hat, und der in

der Folge auch nach der Beratung dieses Geschäftes im Ständerat an dieser Grundhaltung der 3-Prozent-Limite in der Verfassung nicht mehr rütteln liess.

Zum ersten Einwand: Weniger Lohnprozente halten die Kosten tiefer. Es wäre schön und verdienstvoll, wenn durch eine enge Begrenzung des lohnprozentualen Beitragssatzes in der Bundesverfassung die Kostensteigerung im Gesundheitswesen gebremst werden könnte. Doch ist zu bezweifeln, dass ein solcher Effekt mit diesem relativ einfachen Mittel erzielt werden kann. Man darf nämlich nicht unterstellen, dass die aussergewöhnlichen Aufwendungen, die in den letzten Jahren beispielsweise im Spitalwesen gemacht wurden, inskünftig eingespart werden könnten. Wenn dem so wäre – das haben die Herren Nationalräte Hubacher und Wyer mit Recht dargelegt –, dann hätten ja die Kostenexplosionen gar nie entstehen dürfen, wobei – auch das ist beizufügen – wir natürlich im Spitalwesen in bezug auf die Löhne des Krankenpersonals ganz wesentlich aufzuholen hatten, wenn wir bedenken, dass wir früher unsere verdienstvollen Schwestern der Orden praktisch ohne einen Lohn, nur mit Kost und Logis, in den Spitälern entschädigt haben.

Die moderne Medizin und vor allem die Spitalmedizin – das zeigen auch die Erfahrungen im Ausland – ist kostspielig. Sie ist aber auch, verglichen mit ihrem Stand vor wenigen Jahrzehnten, wesentlich wirksamer geworden. Ein abrupter Trendumschwung in der Kostenentwicklung ist kaum zu erwarten. Mit einer Begrenzung bestimmter Leistungen der Krankenversicherung würde aber nur ein Finanzierungselement des Gesundheitswesens eingeschränkt und ein Ausweichen auf andere Kostenträger keineswegs ausgeschlossen. Darauf deutet auch die Entwicklung in den letzten Jahren hin. Die aussergewöhnliche Kostensteigerung ist unter einem Versicherungssystem eingetreten, das nicht nur den einzelnen sehr stark belastete, sondern in seiner Leistungsfähigkeit beschränkt war. Die Folge davon war eine überaus starke Belastung der öffentlichen Hand, vorab der Kantone, mit Kosten aus dem Gesundheitswesen. Ein ähnlicher Effekt würde sich aus einer allzu engen Begrenzung der lohnprozentualen Beiträge ergeben. Damit soll in keiner Weise einer vernünftigen Kostenbremsung entgegengetreten werden. Im Gegenteil, das Versicherungssystem wird mit Individualbeiträgen und mit Kostenbeteiligung der Versicherten im Gesetz so auszugestalten sein, dass es tendenzmässig eher konsumhemmend wirkt. Die Spitalplanung und der Ausbau der Hauspflege sollen gefördert werden. Doch sind dies nicht die einzigen und wahrscheinlich nicht einmal die entscheidenden Faktoren. Wirkliche Ersparnisse im Gesundheitswesen, die doch nie zulasten der Qualität gehen dürfen, können nur durch das Zusammenwirken aller Beteiligten, also vor allem der Aerzte, der Spitalverwalter, der Versicherungen, des Staates und der Patienten erzielt werden. Ein kostenbewussteres Verhalten gilt es mit allen Mitteln zu fördern. Es ist zwar anspruchsvoller, aber sinnvoller als eine zu enge Begrenzung der lohnprozentualen Beiträge in der Verfassung. Die Festsetzung in der Verfassung – darf ich das betonen – ist ja maximal, und alle Argumente, die heute Herr Nationalrat Egli im Zusammenhang mit dem Antrag der Minderheit II dargelegt hat, können bei der Gesetzgebung dannzumal berücksichtigt werden.

Ein Wort zur Gesamtbelastung, zum zweiten Einwand gegenüber diesen 3 Prozent. Zurzeit befinden sich die meisten Sozialversicherungszweige in Bewegung. Man hat mit Recht dargelegt, unser soziales Recht sei ein unruhiges Recht. Denn in der dritten Woche dieser Session werden wir uns mit der AHV auseinanderzusetzen haben; die berufliche Vorsorge ist in Vorbereitung. Daneben sind Revisionen der Erwerbersatzordnung, der Militärversicherung und der Arbeitslosenversicherung in Aussicht. Demgegenüber steht die AHV als solche vor einem gewissen Abschluss der Entwicklung. Die künftige Anpassung der Leistungen soll geregelt und durch umschriebene Mechanismen gelenkt werden; die berufliche Vorsorge für die Be-

triebe soll ausgebaut werden, also auf vorwiegend privater Ebene eine Ergänzung der staatlichen AHV herbeiführen. Dass diese verschiedenen Revisionsprojekte etwas geballt an das Parlament gelangen, ist aus verschiedenen Gründen – ich erwähne die Volksbegehren, die verschiedenen parlamentarischen Vorstösse und anderes mehr – kaum zu vermeiden. Der Vorteil dieses Vorgehens liegt immerhin darin, dass die Einzelgesetze bei dieser Gelegenheit sorgfältig aufeinander abgestimmt werden können.

Nun werden auch im Zusammenhang mit der begrenzten lohnprozentualen Finanzierung der Krankenversicherung vielfach Befürchtungen laut, dass der Wirtschaft aus der vorgesehenen Neugestaltung der Sozialversicherung untragbare Lasten erwachsen könnten. Dass die Sozialversicherung einen wichtigen Faktor im volkswirtschaftlichen Gesamtgeschehen darstellt, ist nicht zu bestreiten. Anzunehmen, dass sie eines Tages antiökonomisch werden könnte, besteht indessen kein Anlass. Ueber die künftige Belastung aus der Sozialversicherung haben sowohl das Bundesamt für Sozialversicherung wie die Hochschule St. Gallen Zahlen publiziert, die für die nächsten fünf Jahre weitgehend übereinstimmen und den Gesamtaufwand der Sozialversicherung im Jahre 1980 mit 36 bis 38 Prozent des AHV-Einkommens angeben. Diese Zahlen haben möglicherweise etwas Verwirrung geschaffen. Man glaubte zuweilen, dass in fünf Jahren Arbeitgeber und Arbeitnehmer je 18 bis 19 Lohnprozente aufzuwenden hätten. Diese Zahlen geben jedoch nicht die lohnprozentualen Beitragssätze der Arbeitgeber und Arbeitnehmer an, sondern sie drücken lediglich den Gesamtaufwand der Sozialversicherung in Prozenten des AHV-Einkommens aus, gleichgültig ob dieser Aufwand durch Beiträge der Versicherten, der Arbeitgeber, der öffentlichen Hand oder durch Zinsen gedeckt wird. Bezogen auf das Volkseinkommen beträgt dieser Gesamtaufwand etwas mehr als 20 Prozent, ein Ansatz, der an der unteren Grenze dessen liegt, was die anderen Industriestaaten für die Sozialversicherung aufbringen.

Zu einem ähnlichen Ergebnis führt ein Vergleich der Arbeitgeberbeiträge. Nimmt man an, für die Krankenpflegeversicherung seien unmittelbar nach der Neuordnung 2,6 Lohnprozente, also vom Arbeitgeber allein 1,3 Lohnprozente, und für die Krankengeldversicherung gesamthaft 1,4 und vom Arbeitgeber allein 0,7 Lohnprozente aufzubringen, so ergibt sich eine gesamte Arbeitgeberbelastung aus der Krankenversicherung von 2 Prozent. Vergleichsweise beträgt diese Belastung in der Bundesrepublik Deutschland 4 Prozent, in den Niederlanden 12,4 Prozent und in Frankreich sogar 12,45 Prozent, wobei natürlich Unterschiede im Versicherungs- und Beitragssystem bestehen.

Zu beachten ist dabei, dass in den ausländischen Staaten die öffentliche Hand in viel geringerem Masse oder überhaupt nicht an der Finanzierung der Sozialversicherung beteiligt ist. Aber auch wenn man die Steuerbelastung mit in den Vergleich einbezieht, dürfte die Belastung in der Schweiz im Durchschnitt geringer sein als in den betreffenden Staaten. Gesamthaft betrachtet ist somit festzustellen, dass die Belastung der Arbeitgeber in der Schweiz mit 3 Prozent beziehungsweise für die Krankengeldversicherung mit 1,5 Prozent unter derjenigen der anderen Industriestaaten liegt, dass also für die internationale Konkurrenzfähigkeit unserer Wirtschaft kaum irgendwelche Befürchtungen am Platze sind.

Ich bin damit indirekt auch auf die Frage von Herrn Nationalrat Röthlin eingegangen. Ich kann ihm höchstens noch bestätigen, dass diese Inventarisierung gemäss Motion Tschopp dann endgültig durchgeführt werden kann, wenn sowohl über die Frage des KUVG, die wir jetzt beraten, als auch über die Zukunft der AHV entsprechende Beschlüsse durch die Räte beziehungsweise das Volk gefasst sind.

Noch ein Wort zum Einwand: mehr Selbstverantwortung durch weniger Lohnprozente. Es entspricht einer Grundlinie der Sozialversicherungspolitik unseres Landes, Obligationen nur vorzusehen, wo mit der Freiwilligkeit nicht durchzukommen ist, und die Solidarität dort anzurufen, wo

der einzelne überfordert wäre. Das ist ja auch der Grund, weshalb man der Initiative einen Gegenvorschlag gegenüberstellen will. Der individuellen Vorsorge soll mithin der nötige Raum erhalten bleiben. Diesem Grundsatz folgt auch das nun vorliegende Konzept der Krankenpflegeversicherung. Es sieht Individualbeiträge vor, die auch bei einem lohnprozentualen Beitrag von 3 Prozent mehr als die Hälfte der Aufwendungen zu decken hätten. Es sieht ferner vor, dass dem Versicherten eine angemessene Kostenbeteiligung zu überbinden ist. Damit werden das Kostenbewusstsein und die Selbstverantwortung des einzelnen verglichen mit anderen Lösungen deutlich angesprochen. Wird dagegen die individuelle Leistung überfordert, so sind Teile unserer Bevölkerung nicht mehr in der Lage, für ihre Vorsorge und diejenige ihrer Familien hinreichend aufzukommen. Dies wäre bei einer Begrenzung des lohnprozentualen Beitrages auf 2 Prozent der Fall. Mit einem solchen Beitrag könnte der vorgesehene Leistungskomplex der Spital- und Hauspflege, der Mutterschaftsversicherung, der Präventivmedizin weder von Anbeginn an noch viel weniger bei weiteren Kostensteigerungen finanziert werden, und der Versicherte hätte mindestens zwei Drittel der Krankenpflegekosten mit Individualprämien zu decken. Damit würden Begehren nach erhöhten Beiträgen der öffentlichen Hand laut. Das Ziel einer verstärkten Selbstverantwortung würde also nicht erreicht. Dagegen hätte die öffentliche Hand nicht nur für die Ausfälle aufzukommen, die sich allenfalls aus einer geringeren Deckung der Spitalkosten ergeben würden, sondern sie hätte auch zusätzliche Subventionen für wirtschaftlich schwächere Versicherte und grosse Familien zu leisten. Nun ist bekannt, dass vor allem dem Bund in den nächsten Jahren zusätzliche Finanzmittel fehlen. Er könnte die wegen einer zu niedrigen Begrenzung der lohnprozentualen Beiträge erforderlichen zusätzlichen Mittel nicht aufbringen. Das gleiche ist auch von den Kantonen zu sagen. Eine solche Lösung wäre weder aus sozial- noch aus finanzpolitischen Erwägungen sinnvoll und wird deshalb vom Bundesrat abgelehnt.

Von diesem Pulte aus werden Sie in nächster Zeit im Hinblick auf unsere finanziellen Sorgen ernste Warnrufe zu hören haben. Unsere Stellungnahme in bezug auf die Begrenzung mit 3 Lohnprozenten geht nicht zuletzt auf diese Sorge zurück. Ich will trotzdem mein erstes Mandat, das ich vor Ihnen zu erfüllen haben, nicht mit einer Klage, sondern mit einem Wort zum Optimismus und zum Mut beenden. In unserem pluralistischen und technisierten Zeitalter haben wir rechtzeitig erkannt, dass der einzelne die Lebensbedingungen, die in einem modernen Industriestaat naturgemäss entstehen, nicht mehr allein zu meistern vermag. Mit der Zunahme der Wohlfahrt haben wir uns daher auch um den Ausbau der sozialen Sicherheit bemüht. Dabei liessen wir uns immer von den Prinzipien der Solidarität, der Subsidiarität und der wirtschaftlichen Tragbarkeit leiten und erblickten mit Recht in der Realisierung der sozialen Gerechtigkeit eine kraftvolle Komponente in unserem demokratisch-freiheitlichen Rechtsstaat. Das trug zur Erhaltung des Arbeitsfriedens bei. Dies mag uns auch die Kraft und den Mut geben, schwierigere Zeiten zu ertragen. Nach Auffassung des Bundesrates entspricht der Gegenvorschlag, der die Anliegen aller Vorschläge in einer realistischen Synthese vereinigt, diesen Prinzipien echt eidgenössischer Sozialpolitik.

Namens des Bundesrates beantrage ich Ihnen daher, bei der ersten Differenz, bei dem Wort «insbesondere» bzw. «en outre» dem Ständerat zuzustimmen, und in bezug auf die Begrenzung der Finanzen einer Regelung mit 3 Prozent, die in die Verfassung aufzunehmen ist, ebenfalls die Stimme zu geben.

Präsident: Wir kommen damit zur Bereinigung. Es sind zwei Fragen zu entscheiden, einmal die Umschreibung der Zweckbestimmung des allgemeinen Beitrages gemäss

AHV-Regelung, womit sich die Minderheit I befasst, und dann zweitens alle übrigen Anträge, welche die Höhe des allgemeinen Beitrages betreffen. Wir nehmen das eine nach dem andern, wenn Sie so einverstanden sind.

Zuerst also die Frage der Nennung der Zweckbestimmungen des allgemeinen Beitrages. Die Mehrheit möchte hier das Wörtchen «insbesondere» aufnehmen, womit die Aufzählung nicht abschliessend wäre, währenddem die Minderheit I das Wörtchen «insbesondere» streichen möchte, womit die Aufzählung – Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung, der Hauspflege, Mutterschaftsleistungen und Präventivmedizin – abschliessend wäre. – Wir stimmen über den Antrag der Minderheit I ab.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit I	92 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	72 Stimmen

Präsident: Und nun zum zweiten Paket: Höhe der Beiträge. Wir haben hier vier Anträge: den Antrag der Kommissionsmehrheit und des Bundesrates (3 %), den Antrag der Minderheit II (2,6 %), den Antrag des Herrn König-Zürich (2 %, wie Ständerat) und den Antrag der Minderheit III (ein Drittel bis die Hälfte des Gesamtaufwandes). Ich habe im Sinne wie folgt abstimmen zu lassen: zuerst den Antrag König-Zürich (2 %) gegenüber dem Antrag der Minderheit II (2,6 %); das Resultat der ersten Abstimmung wird dem Antrag der Mehrheit (3 %) gegenübergestellt; das Resultat dieser Abstimmung wird dem Antrag der Minderheit III gegenübergestellt. Sind Sie mit diesem Procedere einverstanden? Das scheint der Fall zu sein.

Abstimmung – Vote

Eventuell – Eventuellement:

Für den Antrag König-Zürich	50 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit II	86 Stimmen

Eventuell – Eventuellement:

Für den Antrag der Minderheit II	76 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	91 Stimmen

Definitiv – Définitivement:

Für den Antrag der Mehrheit	94 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit III	68 Stimmen

Art. 2 Ziff. 1 Abs. 2 Buchst. c und Abs. 4

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 2 ch. I al. 2 let. c et al. 4

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Ziff. II Art. 3

Eventualantrag Müller-Bern

(für den Fall der Ablehnung des Antrages der Minderheit III) vom 4. März 1974

Die Bundesversammlung empfiehlt dem Volk und den Ständen, das Volksbegehren für die soziale Krankenversicherung anzunehmen.

Ch. II Art. 3

Proposition éventuelle Müller-Berne

(en cas du rejet de la proposition de la minorité III) du 4 mars 1974

L'Assemblée fédérale recommande au peuple et aux cantons d'accepter l'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie.

Präsident: Zu Artikel 3 hat keine Differenz mehr bestanden. Aus diesem formellen Grunde zieht Herr Müller-Bern seinen Antrag zurück.

An den Ständerat – Au Conseil des Etats

11 743

**Soziale Sicherheit.
Zusatzabkommen mit Oesterreich
Sécurité sociale.
Accord complémentaire avec l'Autriche**

Botschaft und Beschlussentwurf vom 10. August 1973 (BBI II, 69)
Message et projet d'arrêté du 10 août 1973 (FF II, 61)

Beschluss des Ständerates vom 12. Dezember 1973
Décision du Conseil des Etats du 12 décembre 1973

Antrag der Kommission
Eintreten

Proposition de la commission
Passer à la discussion de l'article

Herr **Stahelin** legt namens der Kommission den folgenden schriftlichen Bericht vor:

Seit dem Abschluss des Hauptabkommens zwischen der Schweiz und Oesterreich im Jahre 1967 sind in beiden Staaten einige Aenderungen im Sozialrecht vorgenommen worden. Dies erfordert eine Anpassung des bestehenden Sozialabkommens. Gleichzeitig konnte dem Wunsche nach Verbesserungen der Vereinbarungen betr. Krankenversicherung Rechnung getragen werden.

Im wesentlichen bezweckt das Abkommen vier Dinge:

1. den Einbezug der neuen österreichischen Pensionsversicherung der in der Land- und Forstwirtschaft selbstständig Erwerbstätigen;
2. eine Anpassung und Präzisierung der Abkommensbestimmungen über die Berechnung der österreichischen Leistungen;
3. den Einbau der Sonderregelungen des österreichischen Rechts zugunsten der in der Vergangenheit aus politischen, religiösen oder rassischen Gründen verfolgten Personen; und
4. die Aufnahme zweier Neuregelungen betreffend die Krankenversicherung.

Ad 1. Seit dem 1. Januar 1971 besteht in Oesterreich für selbständige Bauern eine Vollversicherung für die Risiken Alter, Tod und Invalidität. Deren Vorteile sollen in Zukunft auch den Schweizer Bürgern in Oesterreich vollumfänglich zugute kommen.

Ad 2. Zum Beispiel soll der inzwischen auch im schweizerischen Recht eingeführten Möglichkeit des Rentenaufschubes bei der Bemessung der Alterspensionen Rechnung getragen werden.

Ad 3. Es handelt sich dabei um Personen, die in der Zeit des Nationalsozialismus verfolgt wurden.

Ad 4. Allen versicherten Personen, ungeachtet ihrer Nationalität, und nicht nur den beiderseitigen Staatsangehörigen, soll der Uebertritt von der Krankenversicherung des einen in die des andern Landes bei entsprechendem Wohnortwechsel offenstehen. Für die in Vorarlberg wohnhaften Personen soll eine allfällige Spitalpflege in den schweizerischen Grenzkantonen erleichtert werden.

Das Zusatzabkommen bringt für unser Land keine neuen Belastungen mit sich. Ebenso wird seine Anwendung kein zusätzliches Verwaltungspersonal erfordern.

Der Ständerat hat das Zusatzabkommen am 12. Dezember 1973 einstimmig gutgeheissen.

Auch unsere Kommission empfiehlt dem Nationalrat einstimmig, auf die Vorlage einzutreten und dem vorliegenden Bundesbeschluss zuzustimmen.

Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen

Le Conseil passe sans opposition à la discussion des articles

Titel und Ingress

Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Titre et préambule

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

Angenommen – Adopté

Einziger Artikel

Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Article unique

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

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Beschlussentwurfes 122 Stimmen
(Einstimmigkeit)

An den Bundesrat – Au Conseil fédéral

11 745

**Soziale Sicherheit. Abkommen mit Griechenland
Sécurité sociale. Convention avec la Grèce**

Botschaft und Beschlussentwurf vom 10. August 1973 (BBI II, 76)
Message et projet d'arrêté du 10 août 1973 (FF II, 68)

Beschluss des Ständerates vom 12. Dezember 1973
Décision du Conseil des Etats du 12 décembre 1973

Antrag der Kommission
Eintreten

Proposition de la commission
Passer à la discussion des articles

Herr **Stahelin** legt namens der Kommission den folgenden schriftlichen Bericht vor:

Das Abkommen mit Griechenland enthält keine grundsätzlich neuen Regelung. Vielmehr hält es sich hinsichtlich der Alters- und Hinterlassenenversicherung an den schweizerisch-italienischen Mustervertrag und hinsichtlich der Invalidenversicherung an die jüngsten Abkommen mit Spanien, der Türkei und den Niederlanden.

Der sachliche Geltungsbereich des Abkommens erstreckt sich über:

- die Alters- und Hinterlassenenversicherung
- die Invalidenversicherung
- die Versicherung gegen Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle sowie gegen die Berufskrankheiten
- die Familienzulagen

Aus bekannten Gründen konnte die Krankenversicherung nicht eingeschlossen werden. Im zugehörenden Schluss-

Bundesverfassung. Krankenversicherung

Constitution fédérale. Assurance-maladie

In	Amtliches Bulletin der Bundesversammlung
Dans	Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale
In	Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale
Jahr	1974
Année	
Anno	
Band	II
Volume	
Volume	
Session	Frühjahrssession
Session	Session de printemps
Sessione	Sessione primaverile
Rat	Nationalrat
Conseil	Conseil national
Consiglio	Consiglio nazionale
Sitzung	01
Séance	
Seduta	
Geschäftsnummer	11572
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	04.03.1974 - 15:30
Date	
Data	
Seite	201-216
Page	
Pagina	
Ref. No	20 002 739

Dieses Dokument wurde digitalisiert durch den Dienst für das Amtliche Bulletin der Bundesversammlung.

Ce document a été numérisé par le Service du Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale.

Questo documento è stato digitalizzato dal Servizio del Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale.

M. Ziegler: Je veux d'abord faire une déclaration personnelle.

Hier, depuis 8 h 15 du matin jusqu'au soir, j'ai fait passer sans arrêt des examens à la Faculté des sciences économiques et sociales de l'Université de Genève. J'étais régulièrement excusé dans cette salle pour obligations professionnelles. Je suis désolé et consterné que ce simple fait, pourtant réglementaire, n'ait pas été perçu par de très nombreuses personnes, dans cette salle, dans différents endroits.

D'après ce que j'ai lu ce matin dans la presse – je n'ai pu encore voir le *Bulletin sténographique* – M. Furgler m'a accusé d'avoir proféré des «contre-vérités». Or, actuellement, il n'a répondu avec précision à aucune des questions que je lui avais posées. Jusqu'à nouvel avis, je lui retourne son compliment.

J'aborde maintenant la motion. Le président a commis tout à l'heure une petite erreur: elle ne date pas de 1971 mais de 1973. Elle a été motivée par écrit et la réponse du Conseil fédéral, vous l'avez également reçue par écrit. Je serai donc extrêmement bref.

La motion demande, après la conduite inadmissible de l'ambassadeur de Suisse à Santiago dans les jours qui ont suivi le putsch fasciste du 11 septembre et pendant les tueries de 1973 et 1974, que le Conseil fédéral revoie les directives sur l'asile qu'il envoie à ses ambassadeurs à l'étranger. Subsidièrement, je demande qu'il prenne l'initiative d'une convention multinationale qui réglera le problème du droit d'asile dans les ambassades et le problème des sauf-conduits.

Le Conseil fédéral refuse d'accepter cette motion. Il a donné une réponse que le journal radical le *Bund* – et je suis heureux de pouvoir le citer, page 9 du 13 mars 1974, n° 61 – qualifie d'«insatisfaisante». Je suis, bien sûr, entièrement d'accord avec cet article. Les quelques très brèves remarques que je voudrais faire maintenant, sont les suivantes:

Le 17 octobre 1939, le Conseil fédéral a institué le visa contre les Juifs ou, plus précisément, il a retiré la qualité de réfugiés politiques aux citoyens allemands dont le passeport portait la lettre «J» et qui cherchaient refuge chez nous. D'ailleurs, je puis vous rappeler qu'à Berlin, sous le régime du Reich, un certain M. Frölicher, dont les opinions politiques étaient notoires, refusait toute assistance aux Juifs.

Le 23 février 1974, le Conseil fédéral instaure le visa contre les Chiliens, afin d'empêcher l'entrée des démocrates chiliens persécutés en Suisse. L'ambassadeur de Suisse à Santiago du Chili a également des sympathies politiques qui sont bien connues.

J'ai relu l'ouvrage du professeur Bonjour, volume VI, *Histoire de la neutralité suisse*, 1er, 2e et 3e chapitres. Il y restitue, en tant qu'historien, les débats parlementaires qui ont eu lieu à l'époque où M. Frölicher a refusé l'assistance aux persécutés du Reich. Le Conseil fédéral, à l'époque, n'a rien trouvé à redire au comportement de M. Frölicher. De même aujourd'hui il ne voit rien à redire au comportement de M. Masset.

Je conclus en citant la phrase célèbre de Max Frisch: «Ce sont des milliers de citoyens anonymes qui aujourd'hui sauvent l'honneur de notre pays.» En effet, des milliers de citoyens de notre pays, appartenant à différents partis, ont manifesté par des interventions personnelles – que M. le président Graber connaît bien – leur consternation et leur honte devant l'aveuglement de la majorité du Conseil fédéral lorsqu'il refuse son assistance aux persécutés chiliens.

Je vous prie d'accepter ma motion.

M. Graber, conseiller fédéral: Je voudrais être très bref et ne pas revenir ce matin sur les nouvelles affirmations plus ou moins gratuites de M. Ziegler, dont je crois bien que le compte a été réglé hier avec une certaine sévérité, et avec la vigueur que l'indignation justifie –; pour ma part, je

suis depuis longtemps au-delà de l'indignation. En l'occurrence, je n'ai aucune envie quelconque d'entamer le dialogue.

Je laisse même passer aujourd'hui les remarques parfaitement déplacées à l'adresse d'un homme que M. Ziegler connaît peu ou pas du tout – à savoir M. l'ambassadeur Masset – qui, dans des circonstances extrêmement difficiles, voire même pénibles, a assumé ses responsabilités au mieux de sa conscience et de ses compétences. Je rappellerai simplement que la motion de M. Ziegler a un but bien défini: elle demande que le Conseil fédéral élabore, à l'adresse des ambassadeurs suisses, des instructions précises et permanentes concernant le droit d'asile diplomatique. Or ces instructions existent; elles sont claires, elles sont exhaustives; néanmoins, elles laissent bien entendu à celui qui a la lourde tâche de les appliquer, une certaine part d'appréciation car, en fait, il n'y a que sur place que l'on peut parler et juger valablement des choses. A distance, cela constitue un autre genre d'exercice pour lequel il serait vain d'élaborer des recommandations. Ces instructions d'ailleurs datent de 1971 et il est parfaitement inutile de les revoir.

Subsidièrement, la motion Ziegler demande au Conseil fédéral de proposer l'adhésion à la Convention de Montevideo, dont, à toutes fins utiles ou inutiles, je tiens le texte à la disposition de M. Ziegler. Cette convention est celle qui lie les Etats latino-américains en matière de droit d'asile diplomatique et, comme le précise la réponse du Conseil fédéral, elle comporte des dispositions qui excluent toute adhésion de pays qui ne seraient pas latino-américains. La suggestion de M. Ziegler apparaît donc, ici, absolument vaine et inutile.

Quant à l'idée de convoquer une conférence internationale qui devrait régler le problème des sauf-conduits en matière d'asile diplomatique, elle est tellement dépourvue de tout sens des réalités, que je m'abstiendrai de la commenter. Vous ayant rappelé de quoi il s'agit, je crois que j'ai le droit, Mesdames et Messieurs, de vous inviter à repousser la motion de M. Ziegler.

Abstimmung – Vote

Für Annahme der Motion
Dagegen

6 Stimmen
102 Stimmen

11 572

Bundesverfassung. Krankenversicherung Constitution fédérale. Assurance-maladie

Siehe Seite 201 hiervor — Voir page 201 ci-devant

Beschluss des Ständerates vom 22. März 1974

Décision du Conseil des Etats du 22 mars 1974

Präsident: Herr Müller-Bern wünscht im Namen der sozialdemokratischen Fraktion eine Erklärung abzugeben.

Müller-Bern: Die sozialdemokratische Fraktion hat mich beauftragt, folgende Erklärung abzugeben:

Vorerst liegt mir daran, hier ganz klar festzustellen, dass der Rückzug meines Antrages auf Zustimmung zum Volksbegehren der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz anlässlich der letzten Debatte in unserem Rat aus rein formellen Gründen erfolgte. Der Rückzug meines Antrages wollte aber keineswegs besagen, dass die Sozialdemokratische Partei ihre Initiative zugunsten des Gegenvorschlages aufgeben wird. Ueber einen eventuellen Rückzug der Initiative werden die zuständigen Gremien der Sozialdemokratischen Partei und des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes in der nächsten Woche entscheiden. Ich

kann Ihnen aber heute schon versichern, dass wir mit grösster Wahrscheinlichkeit an unserer Initiative festhalten werden, da wir den Gegenvorschlag in den wichtigsten Punkten für völlig ungenügend halten.

Ich will hier nur zwei Probleme noch einmal herausstreichen: Die Ablehnung des Obligatoriums bei der Krankenpflegeversicherung erlaubt keine Aufhebung der Versicherungsvorbehalte und bringt vor allem keine befriedigende Regelung für die alten Menschen. Die Finanzierung ist unsozial und bedeutet für Familien mit Kindern eine unzumutbare finanzielle Belastung. Ein Familienvater mit zwei Kindern und einem unteren oder mittleren Einkommen muss – wenn er sich gegen die finanziellen Folgen einer Krankheit einigermaßen absichern will – gemäss Gegenentwurf mehr als doppelt so viel bezahlen als nach unserer Initiative. Das prinzipielle Festhalten an der Individualprämie bedeutet, dass die Schweiz – sollte der Gegenentwurf angenommen werden – ein höchst unsoziales Krankenversicherungssystem haben wird, ein System, welches den Forderungen nach einem Lastenausgleich zwischen den sozial gutgestellten und den schwächeren Gruppen unserer Bevölkerung sowie zwischen den Ledigen und den Familien in keiner Weise Rechnung trägt. Wir sind der Meinung, dass dieser Gegenentwurf den Namen «soziale Krankenversicherung» zu Unrecht trägt.

Schlussabstimmung – Vote final

Für Annahme des Beschlussentwurfes 93 Stimmen
Dagegen 15 Stimmen

An den Bundesrat – Au Conseil fédéral

11 645

**Ausbildungsfinanzierung Erwachsener.
Volksbegehren**

**Financement de la formation des adultes.
Initiative populaire**

Siehe Jahrgang 1973, Seite 1790 — Voir année 1973, page 1790

Beschluss des Ständerates vom 5. März 1974
Décision du Conseil des Etats du 5 mars 1974

Schlussabstimmung – Vote final

Für Annahme des Beschlussentwurfes 116 Stimmen
(Einstimmigkeit)

An den Ständerat – Au Conseil des Etats

10 923

Verwaltungsstrafrecht

Droit pénal administratif

Siehe Jahrgang 1973, Seite 1489 — Voir année 1973, page 1489

Beschluss des Ständerates vom 22. März 1974
Décision du Conseil des Etats du 22 mars 1974

König-Zürich: Im Einvernehmen mit dem Herrn Generalsekretär fühle ich mich verpflichtet, Sie über drei Aenderungen zu orientieren.

Der materielle Gehalt des Gesetzes ist nicht verändert worden. Immerhin ist die Gestaltung doch in etwas stärkerem Masse betroffen als das üblich ist. Wir bitten Sie um Verständnis dafür, es handelt sich um ein aussergewöhnlich umfangreiches Gesetzeswerk.

Artikel 40: Der Satz, wonach beim Einholen von Auskünften die Vorschriften über das Zeugnisverweigerungsrecht zu beachten sind, ist wie folgt verdeutlicht worden: «Wer aufgrund des Zeugnisverweigerungsrechtes die Aussage verweigern kann, ist vorher darauf aufmerksam zu machen.»

Bei Artikel 48 Absatz 2 betreffend die Durchsichtung von Personen stand in unserer Vorlage einseitig: «Personen weiblichen Geschlechts dürfen nur von einer Frau oder einem Arzt durchsucht werden.» Nun heisst es gleichmässig (zum Schutze der Männer vor weiblicher Durchsichtung): «Die Durchsichtung darf nur von einer Person des gleichen Geschlechts oder einem Arzt vorgenommen werden.» Die Möglichkeit, dass eine Aerztin den Mann durchsucht, ist also immer noch offen.

Zur Systematik: Durch das Verwaltungsstrafrecht werden 30 andere Bundeserlasse abgeändert. Diese Aenderungen, die mit über 40 Druckseiten umfangreicher sind als das Verwaltungsstrafrechtsgesetz selber, waren in der Vorlage in zwei notwendigerweise sehr unübersichtlichen Artikeln (104 und 105) untergebracht. Die Redaktionskommission hat um der Uebersichtlichkeit willen diese Gesetzesänderung in einen Anhang verpflanzt. Notwendig wurde dadurch der neue Artikel 104 Absatz 1 mit folgendem Wortlaut: «Aenderungen des geltenden Bundesrechtes finden sich im Anhang, der Bestandteil dieses Gesetzes ist.»

Das wollte ich Ihnen mitteilen, und im übrigen kann ich Ihnen nun aus eigener Erfahrung sagen, wie notwendig der Ausbau der Redaktionslesung in unserem Parlament ist. Ich habe mich davon überzeugt, dass diese Organisation wirklich rudimentär ist und in keinem Verhältnis steht zu der Gesetzesproduktion, die in den letzten Jahren eingegrissen hat, und auch der Tatsache nicht Rechnung trägt, dass wir alle Gesetze in drei Sprachen erlassen, wobei die Gesetzestexte grundsätzlich als gleichwertig gelten. Die Möglichkeit des Ausbaus ist jetzt durch unsere Beschlüsse in dieser Session vorhanden. Ich möchte nur darum bitten, dass man, mit Unterstützung auch der Verwaltung, raschestens an die Aufgabe herantritt; es geht wirklich darum, die Terminologie unserer Gesetze einander anzugleichen; auch das dient der Rechtssicherheit.

Präsident: Wir nehmen von diesen Mitteilungen der Redaktionskommission Kenntnis. Das Wort wird nicht begehrt; ich nehme an, Sie sind mit diesen Aenderungen einverstanden.

Schlussabstimmung – Vote final

Für Annahme des Gesetzentwurfes 133 Stimmen
(Einstimmigkeit)

An den Bundesrat – Au Conseil fédéral

Präsident: Die Redaktionskommission hat einige Aenderungen vorgenommen, die einen gewissen materiellen Gehalt haben. Deshalb will Herr König-Zürich Ihnen kurz rapportieren.

Bundesverfassung. Krankenversicherung

Constitution fédérale. Assurance-maladie

In	Amtliches Bulletin der Bundesversammlung
Dans	Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale
In	Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale
Jahr	1974
Année	
Anno	
Band	II
Volume	
Volume	
Session	Frühjahrssession
Session	Session de printemps
Sessione	Sessione primaverile
Rat	Nationalrat
Conseil	Conseil national
Consiglio	Consiglio nazionale
Sitzung	18
Séance	
Seduta	
Geschäftsnummer	11572
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	22.03.1974 - 08:00
Date	
Data	
Seite	668-669
Page	
Pagina	
Ref. No	20 002 812

Dieses Dokument wurde digitalisiert durch den Dienst für das Amtliche Bulletin der Bundesversammlung.

Ce document a été numérisé par le Service du Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale.

Questo documento è stato digitalizzato dal Servizio del Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale.

Sechste Sitzung — Sixième séance

Dienstag, 25. September 1973, Vormittag

Mardi 25 septembre 1973, matin

8.00 h

Vorsitz — Présidence: M. Lampert

11 572. Bundesverfassung.

Krankenversicherung.

Bericht zum Volksbegehren

Constitution fédérale. Assurance-maladie.

Rapport sur l'initiative

Botschaft und Beschlussentwurf vom 19. März 1973

(BBl I, 940)

Message et projet d'arrêté du 19 mars 1973 (FF I, 908)

Antrag der Kommission

Eintreten.

Proposition de la commission

Passer à la discussion des articles.

Berichterstattung — Rapport général

Hofmann, Berichterstatter: Artikel 34bis BV, der aus dem Jahre 1890 stammt, gibt dem Bunde eine umfassende Kompetenz zur Gesetzgebung auf dem Gebiete der Kranken- und Unfallversicherung. Das gestützt darauf erst 1911 zustande gekommene Gesetz — für die Entstehungsgeschichte sei auf die Botschaft verwiesen — ist bis heute im wesentlichen unverändert geblieben, das ganz im Gegensatz zur AHV, welche, relativ spät eingeführt, in den letzten Jahren einen raschen und umfassenden Ausbau erfahren hat. Eine Teilrevision des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes von 1964 brachte gewisse Leistungsverbesserungen und erleichterte den Beitritt zur Krankenversicherung, vermochte aber den Ansprüchen an eine moderne Ausgestaltung derselben nicht zu genügen. Der wenig fruchtbare Streit zwischen Aerzten und Krankenkassen über das sogenannte Arztrecht beherrschte damals weitgehend die Revisionsarbeit.

Das Bedürfnis nach einer umfassenden Revision der Krankenversicherung blieb bestehen und ist heute praktisch unbestritten. Aufgabe und Leistungen der Krankenversicherung, der soziale Ausgleich, die Stellung der Familie, Beschaffung und Einsatz der Mittel verbunden mit Massnahmen gegen die seit 1965 eingetretene Kostenexplosion bilden Hauptpunkte der Revisionsbestrebungen. Ueber die Lösung dieser und weiterer Probleme gehen allerdings die Auffassungen auch heute noch weit auseinander.

Nach zahlreichen parlamentarischen Vorstössen bestellte der Bundesrat im Jahre 1969 eine 50köpfige Expertenkommission unter dem Vorsitz von Dr. Frauenfelder, Direktor des Bundesamtes für Sozialversicherung mit dem Auftrag, «zunächst die Kostenentwicklung in der Krankenversicherung im Rahmen der Gesamtauf-

wendungen für das Gesundheitswesen zu analysieren. Sie hat darüber hinaus die Probleme einer strukturellen Neugestaltung der Versicherung in leistungsmässiger, finanzieller und organisatorischer Hinsicht zu untersuchen.» Die Kommission führte ihre Arbeiten weiter, auch nachdem die Sozialdemokratische Partei der Schweiz am 31. März 1970 die Initiative für «eine soziale Krankenversicherung» eingereicht hatte. Die Kommission erstattete ihren Bericht, in der Folge als «Flimmermodell» bezeichnet, am 11. Februar 1972.

Es seien nun vorerst die wesentlichen Ziele der Initiative, die Vorschläge der Expertenkommission und sodann einiger weiterer Studien und Modelle kurz skizziert, um dann auf den Gegenentwurf des Bundesrates und die Anträge ihrer Kommission einzugehen.

Die sozialdemokratische Initiative. Ihr Text befindet sich auf Seite 18 der Botschaft. Mit 88 424 gültigen Unterschriften eingereicht, muss sie vom Parlament bis Ende März 1974 verabschiedet werden. Sie enthält eine Rückzugsklausel.

Für die Krankenpflegeversicherung, welche die Hauptprobleme stellt, sieht die Initiative das Obligatorium vor. Die Zahnbehandlungen sollen vollumfänglich mitversichert sein. Die Finanzierung hätte durch Beiträge der öffentlichen Hand und der Versicherten zu erfolgen, wobei letztere als Lohnprozente erhoben würden und der Arbeitgeber für die Arbeitnehmer die Hälfte zu tragen hätte. Die Krankengeldversicherung wäre mindestens für schwere Erkrankungen obligatorisch, und es müssten wenigstens 80 Prozent des Lohnes vergütet werden. Auch hierfür würden die Prämien in Form von Lohnprozenten erhoben werden. Die Unfallversicherung für Arbeitnehmer wird als obligatorisch erklärt.

Der Bundesrat beantragt Ablehnung der Initiative. Ihre Kommission schliesst sich ihm an, im wesentlichen aus folgenden Gründen:

Mit dem Bundesrat betrachtet die Kommission eine voll obligatorische Krankenpflegeversicherung als sozialpolitisch nicht notwendig und nicht zeitgemäss. Rund 91 Prozent der Bevölkerung sind heute bei einer Krankenkasse versichert, weitere rund 3 Prozent bei einer privaten Krankenversicherung. Die Zahl der Versicherten nimmt von Jahr zu Jahr zu. Wegen der restlichen wenigen Prozente der Nichtversicherten ein Vollobligatorium einzuführen, geht über das sozialpolitisch Erforderliche hinaus. Mit dem Argument eines ausreichenden Schutzes der Bevölkerung ist ein Vollobligatorium des Bundes nicht zu rechtfertigen. Allfällige Lücken konnten und können die Kantone in Zukunft durch entsprechende Obligatorien schliessen.

Der Einbezug sämtlicher Zahnbehandlungskosten geht, wie noch darzutun ist, zu weit.

Schwerste Bedenken erheben sich gegen die in der Initiative vorgeschlagene Finanzierung für die Versicherten ausschliesslich über Lohnprozente. Die Expertenkommission hat berechnet, dass für die Krankenpflegeversicherung 4,8 Prozent des Erwerbseinkommens und für die Krankengeldversicherung weitere 1,4 Prozent erforderlich wären, bei Arbeitnehmern je zur Hälfte zu Lasten des Arbeitgebers. Auf diese Weise würde die Solidarität übertrieben, die Selbstverantwortung des einzelnen untergraben, der Arbeitgeber neu zusätzlich stark belastet, die sogenannte «surconsommation médicale» gesteigert. Der weiteren Kostenexplosion wären Tür und Tor geöffnet.

Schliesslich geht auch die vorgeschlagene weitgehend obligatorische Krankengeldversicherung zu weit. Insbesondere überschneiden sich mit der Entwicklung der Sozialversicherung die Vorschriften über den Lohnersatz bei Krankheit und Unfall immer mehr.

Auf weitere Gesichtspunkte wird im Laufe der Beratung noch einzugehen sein. Ihre Kommission beantragt Ihnen Ablehnung der Initiative mit 12 : 1 Stimmen.

Der Bericht der Expertenkommission oder das Flimser Modell: Vorerst sei anerkannt, dass der Expertenbericht eine wertvolle Analyse der Kostenentwicklung und der heutigen Situation in der Krankenversicherung enthält; der Bericht bildet eine Fundgrube in allen einschlägigen Fragen. Auch wenn das Modell in der Folge heftigem Widerstand begegnete und vom Bundesrat aufgegeben wurde, so regte es zu andern Vorschlägen an, die auf die Arbeiten der Expertenkommission zurückgreifen konnten.

In der Krankenpflegeversicherung schlägt die Expertenkommission eine allgemeine obligatorische Spitalversicherung vor, die den Versicherten bei Heilanstaltsbehandlungen in der allgemeinen Abteilung ab dem sechsten Aufenthaltstag volle Kostendeckung bringen würde. Diese Spitalversicherung wäre durch einen Zuschlag zur AHV in der Höhe von 1,8 bis 2 Prozent zu finanzieren; aus allgemeinen Bundesmitteln würden sodann Spitalsubventionen ausgerichtet.

Im Gegensatz zu dieser obligatorischen Spitalversicherung wäre die Versicherung der übrigen Krankenpflege freiwillig. Sie würde finanziert durch Beiträge der Versicherten und Subventionen von Bund und Kantonen, welche vorab zugunsten der Frauen und Kinder und wirtschaftlich schwächeren Bevölkerungskreise zu verwenden wären.

Sodann schlägt die Kommission eine obligatorische Krankengeldversicherung für alle Arbeitnehmer und eventuell weitere Gruppen Selbständigerwerbender vor.

Dieses Flimser Modell begegnete in der Öffentlichkeit grossem Interesse und erfuhr im Vernehmlassungsverfahren zum Teil starke Ablehnung. Die Meinungen gingen insbesondere in der Frage des Teilobligatoriums — Spitalversicherung — und in der Finanzierung der Krankenpflegeversicherung auseinander. Die Krankenkassen lehnten die Aufspaltung der Krankenpflegeversicherung in eine obligatorische Spital- und eine freiwillige «Kleinrisikoversicherung» ab, mit ihnen die Aerzte die Bevorzugung der Spitalbehandlung, womit der weiteren Kostenexplosion gerade auf diesem Gebiete und damit der Erhöhung der Lohnprozente nicht Einhalt geboten werden könnte. Andererseits fanden die Vorschläge der Expertenkommission über den Leistungsausbau der Krankenversicherung fast allgemeine Zustimmung; sie bilden die Grundlage für den Gegenvorschlag des Bundesrates und die Anträge Ihrer Kommission.

Zu einigen weiteren Vorschlägen und Modellen folgende Bemerkungen: Zum Teil seit Jahren waren Studiengruppen an der Lösung des bedeutsamen Problems der Krankenversicherung tätig. Andere wurden durch den Expertenbericht angeregt, so dass sich mit der Zeit eine respektable Zahl von sogenannten «Modellen» ergab. Diese Arbeiten sind wertvoll und verdankenswert. Auch wenn ihnen nur teilweise oder gar nicht gefolgt werden kann, haben sie zur Abklärung der Probleme, zur besseren Berücksichtigung der Vor- und Nachteile beigetragen. Das ist zu sagen vom «Modell 72»: Projekt einer Berner Studiengruppe von Aerzten und Kranken-

kassen, vom «Modell Grütli»: Konzept der Grütli-Krankenversicherung, und vom Modell der Solothurner Gruppe KUVG, bezeichnet mit «Staatsmedizin ja oder nein?»

Diesen Modellen ist gemeinsam die Ablehnung jeglichen Bundesobligatoriums sowie der Finanzierung über Lohnprozente. Betont wird durchwegs die grössere Selbstverantwortung des einzelnen durch Erhöhung der Selbstbeteiligung, der Kampf gegen die Kostenexplosion und gegen die Entwicklung zur sogenannten Staatsmedizin. Während die Modelle 72 und Grütli offenbar zugunsten des Vorschlages der Aerzte und Krankenkassen nicht mehr weiter vertreten werden, hält die Solothurner Gruppe mit Nachdruck an ihrem Vorschlag fest. Ihre Kommission hat sich mit den Solothurner Vorschlägen wiederholt befasst, konnte sich ihnen aber in weiteren Punkten nicht anschliessen.

Es ist indessen nicht möglich und wohl auch nicht notwendig, hier in Einzelheiten darauf einzugehen.

Eine von rund 600 000 Unterschriften getragene «Petition zur Neuordnung der Krankenversicherung» des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen verlangte «solidarischen Versicherungsschutz für alle nach dem Vorbild der AHV», weiteren Ausbau der Leistungen, solidarische Finanzierung durch rund 3 Lohnprozente usw. Diese Petition dürfte durch die spätere Einigung zwischen Aerzten und Krankenkassen bald als überholt angesehen werden können.

Nun zum Gegenvorschlag des Bundesrates: Nach Ablehnung der Initiative stellte sich für den Bundesrat die Frage, ob dem Volksbegehren der Sozialdemokratischen Partei ein Gegenentwurf auf Verfassungsebene gegenüberzustellen oder ob dem Volke ohne solchen die Ablehnung der Initiative zu beantragen sei. An sich wäre ja die neue Verfassungsbestimmung nicht notwendig, weil wie erwähnt der bestehende Artikel 34bis Bundesverfassung eine umfassende Kompetenz enthält und alle Vorschläge der Initiative und der verschiedenen Modelle von ihr gedeckt wären. Der Bundesrat entschloss sich für einen Gegenvorschlag, welchem Vorgehen Ihre Kommission beipflichtet. Das Volksbegehren enthält — mangels Gesetzesinitiative — ein Reformkonzept für die Neugestaltung der Krankenversicherung. Es wäre unbefriedigend, einer solchen Initiative nur mit einem Ja oder Nein zu begegnen; für die Ausarbeitung eines Gesetzes aber war die Zeit zu kurz. Deshalb sollen in einem Gegenvorschlag die Grundzüge einer Neuregelung aufgenommen und dem Gesetzgeber verbindliche Richtlinien für die Ausgestaltung der Krankenversicherung erteilt werden. Dabei liess sich Ihre Kommission von der Absicht leiten, der Initiative eine möglichst klare Alternative gegenüberzustellen. Der bundesrätliche Gegenvorschlag lautet im wesentlichen:

In der Krankenpflegeversicherung schlägt der Bundesrat die sogenannte Grossrisikoversicherung für Heilanstaltsbehandlungen und ähnliche aufwendige Untersuchungen und Behandlungen für die ganze Bevölkerung obligatorisch vor, finanziert vorab durch Beiträge der Versicherten, wobei an Lohnprozente von insgesamt 2,5 bis 3 Prozent gedacht ist; Individualbeiträge sollen nicht ausgeschlossen sein. Während das Flimser Modell ausschliesslich die Spitalbehandlung als Grossrisiko betrachtet, setzt ihr der Gegenentwurf des Bundesrates «ähnliche aufwendige Untersuchungen und Behandlungen» gleich. Dagegen soll die Krankenpflegeversicherung für die kleineren Risiken freiwillig bleiben und

finanziert werden durch Beiträge der Versicherten sowie Subventionen des Bundes und der Kantone. Die Krankengeldversicherung wäre nach dem Vorschlag des Bundesrates für Arbeitnehmer obligatorisch, finanziert durch Beiträge der Versicherten, bei Arbeitnehmern die Hälfte zu Lasten des Arbeitgebers. Desgleichen soll die Unfallversicherung für Arbeitnehmer obligatorisch erklärt werden.

Die Reaktion auf den Gegenvorschlag des Bundesrates war zwiespältig. Weder die Anhänger der Initiative noch der verschiedenen privaten Modelle gaben sich zufrieden; als Kompromiss ging er den einen zu weit, den anderen brachte er zu wenig. Er hatte sodann eine fast als sensationell zu bezeichnende Wirkung: Die an der Krankenversicherung besonders beteiligten Kreise, die Aerzte und Krankenkassen, setzten sich zusammen, einig in der Ablehnung des bundesrätlichen Gegenvorschlages, wenn auch aus teilweise verschiedenen Gründen — und sie fanden erstaunlicherweise eine weitgehende Einigung. Die «Gemeinsame Tagung der Aerzte, Krankenkassen und Zahnärzte» (im folgenden Allianz genannt) legte ihre Vorschläge der Öffentlichkeit und der Kommission kurz vor deren ersten Sitzung vor. Angesichts der sachlichen und politischen Bedeutung der Aerzte und Krankenkassen bei der Lösung dieses Problems war es für die Kommission gegeben, deren Vorschläge in die Beratung miteinzubeziehen. Die Einigung zwischen Aerzten und Krankenkassen muss, wenn man sich an die lähmende Wirkung ihres Streites anlässlich der Revision von 1964 erinnert, als durchaus erfreulich und positiv bewertet werden, wenn auch beizufügen ist, dass bei der zu treffenden Lösung noch andere Gesichtspunkte als die der Aerzte und Krankenkassen zu berücksichtigen sind. Immerhin: Die Verständigung der wesentlichen Partner ist wertvoll, und die politische Bedeutung darf nicht übersehen werden.

Die sogenannte Allianz erhebt gegenüber dem Gegenvorschlag des Bundesrates hauptsächlich folgende Vorwürfe:

Auch das vorgeschlagene Teilobligatorium in Form der Grossrisikoversicherung sei überflüssig; das Grossrisiko lasse sich nicht genau abgrenzen, es bestehe die Gefahr der Ausweitung und führe schliesslich zu einem allgemeinen Obligatorium; die Aufspaltung der Krankenversicherung in eine Gross- und Kleinrisikoversicherung sei gefährlich und gefährde die Existenz der Krankenkassen als anerkannte Träger der Versicherung. Die Kostenexplosion, die «surconsommation médicale», werde auf diese Weise nicht gebremst, und schliesslich sei die Finanzierung der Krankenversicherung durch Erhebung von Sondersteuern zu ergänzen.

Mit den Vorschlägen der Allianz war die «Auswahlmöglichkeit» im letzten Moment durch eine weitere Variante vermehrt. Ihre Kommission folgte, wie nun darzulegen ist, weder ganz dem bundesrätlichen Gegenentwurf, noch den Vorschlägen der Allianz, sondern geht in einzelnen Punkten eigene Wege.

Welches sind die Grundzüge des Kommissionsvorschlages?

Ihre Kommission war sich der Bedeutung der Aufgabe bewusst. Der Krankenversicherung kommt grosse soziale, aber auch volkswirtschaftliche und staatspolitische Bedeutung zu. Auf einem wichtigsten Gebiet unserer Sozialversicherung werden durch die vorliegende Revision die Weichen für die Zukunft gestellt. Es kann sich dabei nicht einfach darum handeln, eine technisch

möglichst perfekte und leicht realisierbare Lösung für die Krankenversicherung als solche zu treffen. Das Problem muss in einem grösseren Zusammenhang gesehen werden. Gesundheitspolitik bedeutet in weitem Umfange Gestaltung von Staat und Gesellschaft. Dass nun darüber Meinungsverschiedenheiten bestehen, ist schlechthin unvermeidlich.

In diesem Sinne liess sich die Kommission bei ihren Entscheidungen im wesentlichen von folgenden Grundgedanken leiten (wobei auf Einzelheiten noch in der Detailberatung hinzuweisen sein wird):

1. Für den Ausbau der Leistungen hält sich die Kommission an die Vorschläge der Expertenkommission (Flimser Modell), übernommen vom Bundesrat und auch von der Allianz. Dieser Leistungsausbau ist zu verantworten, nach Auffassung der Kommission sozial notwendig und volkswirtschaftlich tragbar. Er ist durch entsprechende Finanzierung zu gewährleisten.

2. Die Kommission lehnt ein allgemeines Voll- oder Teilobligatorium in der Krankenpflegeversicherung ab und übernimmt damit nicht die Aufspaltung des bundesrätlichen Vorschlages in eine obligatorische Grossrisiko- und eine freiwillige Kleinrisikoversicherung. Die Kommission hält dafür, dass ein Obligatorium der Selbstverantwortung des einzelnen nicht förderlich und für den anzustrebenden sozialen Ausgleich nicht notwendig ist. Dagegen vertritt die Kommission die Auffassung, dass der soziale Ausgleich grundsätzlich mittels Lohnprozenten herzustellen sei, ohne welche sich die Finanzierung der Krankenversicherung im vorgesehenen Ausbau nicht in befriedigender Weise lösen lasse. Dagegen soll durch eine Limitierung der Lohnprozente in der Verfassung deren allzu leichter Ausdehnung vorgebeugt werden. Die Gefahr dafür wäre zu gross, angesichts der Prognosen, welche für die Entwicklung des Gesamtbedarfes der Sozialversicherung gestellt werden:

Er ist für 1970 auf insgesamt 12,9 Milliarden Franken oder 25,8 Lohnprozente geschätzt, für 1980 auf 36,6 Milliarden Franken oder 35,5 Lohnprozente. Eine allerneueste Schätzung lautet für 1985 sogar auf 41 bis 54 Prozent des Erwerbseinkommens.

Nach Auffassung Ihrer Kommission gilt es Bremsen einzubauen; es geht darum, soziale Sicherheit und volkswirtschaftliche Tragbarkeit miteinander in Einklang zu bringen.

3. Bei der Ausgestaltung der Krankenversicherung soll nach Auffassung der Kommission die Selbstverantwortung des einzelnen gefördert und der erschreckenden Kostenexplosion entgegengewirkt werden. Die Zahlen sind eindrucksvoll:

Von 1960 bis 1970 haben sich entwickelt: die Konsumentenpreise von 100 auf 139, die Arbeiterlöhne von 100 auf 202, die Kosten der ambulanten ärztlichen Behandlung von 100 auf 239 und die Kosten der Heilanstaltsbehandlung von 100 auf 492. Also: Stärkere Entwicklung der Kosten für die ambulante Behandlung, ganz ausserordentlich der Heilanstaltsbehandlung, als die der Löhne.

Diese Entwicklung darf nach Auffassung der Kommission nicht resigniert in Kauf genommen werden; ihr ist bei der Ausgestaltung der Krankenversicherung bestmöglich entgegenzuwirken, z. B. durch die bereits erwähnte Limitierung der Lohnprozente und durch entsprechende Ausgestaltung der Beiträge der Versicherten selbst. Es ist davon auszugehen, dass die Krankenversicherung den einzelnen mittels einer Risikogemeinschaft

vor jenen finanziellen Risiken zu schützen hat, die er selber ohne unzumutbare Beeinträchtigung seiner gewohnten Lebenshaltung nicht tragen kann. Ein grosser Teil unserer Bevölkerung ist in der Lage, erhöhte Prämien zu bezahlen und kleine Risiken selbst zu tragen. Wo das nicht zutrifft, ist durch gezielten Einsatz der öffentlichen Subventionen die Prämienzahlung zu erleichtern. Durch angemessene Selbstbeteiligung der Versicherten an den von ihnen verursachten Kosten und den von ihnen erhobenen Beiträgen kann und soll die Selbstverantwortung gehoben werden, damit die Kosten gebremst, aber auch die Versorgung der gesamten Bevölkerung mit ärztlichen Leistungen für die notwendigen Fälle sichergestellt werden kann. Es muss gleichzeitig auf diese Weise der *surconsommation médicale* entgegengewirkt werden.

4. In staatspolitischer Hinsicht steht ihre Kommission jeder Förderung einer Entwicklung zum staatlichen Gesundheitsdienst ablehnend gegenüber. Die bestehenden Krankenkassen und weitere Versicherungen sollen als Träger der Krankenversicherung anerkannt und damit gleichzeitig einem zentralistischen Ausbau vorgebeugt werden.

5. Schliesslich sei in Erinnerung gerufen, dass wir über einen Bundesverfassungsartikel zu beschliessen haben, in dem nur Grundsätze, wesentliche Richtlinien für den Gesetzgeber aufgenommen werden können. Der Gesetzgebung bleibt noch ein grosser Spielraum, und es wäre falsch anzunehmen, dass mit der Annahme eines Verfassungsartikels alle Schwierigkeiten gelöst wären.

Ihre Kommission hat sich in fünf Sitzungen eingehend mit der Vorlage befasst. Sie liess sich von Herrn Bundesrat Dr. Tschudi, den Herren Direktor Frauenfelder und Vizedirektor Näf sowie Professor Dr. Kaiser über die Probleme orientieren; sie alle arbeiteten loyal weiter mit, auch nachdem die Kommission grundsätzlich abweichende Beschlüsse gefasst hatte. Sodann führte die Kommission mit Vertretern der Aerzte, Krankenkassen und Privatversicherern ein Hearing durch. Ob es für die komplexen Probleme eine richtige, eine beste Lösung gibt, bleibe offen. Ihre Kommission ist grossmehrheitlich mit 12:1 Stimme überzeugt, dass ihre Vorschläge den Anforderungen an eine moderne Gestaltung unseres Krankenversicherungswesens entsprechen und darüber hinaus auch allgemeine staats- und sozialpolitische Gesichtspunkte berücksichtigen.

Namens der Kommission beantrage ich auf die Vorlage einzutreten.

Allgemeine Beratung — Discussion générale

Andermatt: Die medizinische Betreuung kostete 1970 in der Schweiz über 4 Milliarden Franken. In der Zwischenzeit sind diese Kosten noch weiter gestiegen. Die Krankenpflegekosten haben in den letzten Jahren um etwa 10 Prozent zugenommen; die Spitalkosten sind noch stärker gestiegen. Das Gesundwerden und leider zu einem kleinen Teil auch das Kranksein und der damit verbundene Ausfall an Arbeitsleistung stellen auch in der Volkswirtschaft eine grosse Belastung dar, eben für diese Volkswirtschaft, von der wir immer mehr Mittel erwarten zur Finanzierung der Aufgaben unseres Staates. Die Kosten für das Gesundwerden steigen heute prozentual stärker als das Volkseinkommen, und wir laufen Gefahr, dass diese Entwicklung in kurzer Zeit zu einer untragbaren Belastung führt. Es liegt daher im

Interesse aller Bevölkerungskreise, bei dieser Verfassungsänderung und in der anschliessenden Gesetzgebung die Krankenversicherung so zu gestalten, dass die Einstellung zur Gesundheit beeinflusst und auch das Kostenbewusstsein verstärkt werden kann. Es ist unsere Pflicht, nicht nur Kranken- und Unfallversicherungs politik, sondern auch Gesundheitspolitik zu betreiben.

Jede Versicherung, und sei sie auch noch so gerechtfertigt, hat die Tendenz, die Selbstverantwortung zu schwächen und die Inanspruchnahme von Dienstleistungen zu verstärken. Man hat Prämien bezahlt und will «ziehen». Dies ist besonders ausgeprägt dort der Fall, wo die Abhängigkeit zwischen Prämie und Leistung infolge von Subventionen nicht mehr klar zutage tritt.

Der kostensteigernden Tendenz kann durch folgende Vorkehrungen entgegengewirkt werden: Der Beitritt zu einer Versicherung soll als Ausdruck der Selbstverantwortung im wesentlichen freiwillig sein. Eine Mehrzahl von Versicherungsträgern muss miteinander in Konkurrenz stehen und als selbständige Verhandlungspartner gegenüber den Aerzten und den Spitalern auftreten können. Durch direkte Beiträge an die Versicherung muss der Versicherte am finanziellen Ergebnis dieser Versicherung interessiert werden. Der Patient muss auch orientiert sein über die effektiven Behandlungskosten. Die ganze Bevölkerung muss vermehrt zu einer gesunden Lebensweise hingeführt werden.

Die Vorschläge zur Revision des Artikels 34bis und quinques sind — nach meinem Dafürhalten — an diesen Postulaten zu messen. Die Initiative der Sozialdemokratischen Partei sieht eine lohnprozentuale und durch Beiträge des Bundes und der Kantone finanzierte obligatorische Versicherung vor. Es wäre dies gegenüber heute eine Systemänderung. Die Mittel würden den Krankenkassen vollumfänglich durch die öffentliche Hand zugeleitet. Die Kassen würden nur noch Kontroll- und Zahlstellen, sicher mit zentralistischer Tendenz, und der Schritt zum zentralen staatlichen Gesundheitsdienst wäre bald vollzogen. Beispiele aus anderen Staaten zeigen, dass auf diesem Wege die Selbstverantwortung verlorengeht, die Kosten steigen und dass eine solche Wohlfahrtseinrichtung auch für die Medizin nicht zuträglich ist, indem die Aerzte durch Bagatellfälle überflutet werden, keine Zeit mehr finden für die vielen wirklich Kranken und dadurch die Qualität der ärztlichen Betreuung Schaden leidet.

Neben dem staatlichen entwickelt sich in solchen Ländern ein privater Gesundheitsdienst für diejenigen, die diesen bezahlen können. Mit anderen Worten: Statt eine soziale Medizin einzurichten, kommt man zu einer Klassenmedizin. Dies ist auf alle Fälle für uns in der Schweiz abzulehnen.

Der Gegenentwurf des Bundesrates sieht eine Zerteilung der Krankenversicherung vor. Die kleinen Risiken sollen wie bisher freiwillig versichert werden, während die grossen Risiken durch eine obligatorische Versicherung lohnprozentual versichert werden sollten. Die Schwierigkeit besteht beim Gegenvorschlag in der Definition des Grossrisikos und in der Gefahr, dass dessen Umfang immer weiter ausgeweitet würde. Die Politiker würden die Grenzen immer weiter nach unten ziehen. Der Raum für die freiwillige Versicherung durch die Krankenkassen würde immer kleiner. Mit der Zeit kämen wir auch so zu einem Vollobligatorium und damit zu einem staatlichen Gesundheitsdienst, wie ihn die sozialdemokratische Initiative vorschlägt.

Angenommen, diese Prognose wäre falsch, die Ausweitung des Grossrisikos würde nicht stattfinden, birgt der Vorschlag des Bundesrates noch eine weitere Gefahr in sich: Es würde eine Kostensteigerung dadurch entstehen, dass Patient und Kassen aus Prämien respektive Kostengründen versuchen würden, möglichst Vieles zum Grossrisiko werden zu lassen. Der Trend zum Spital und zur Supermedizin würde gefördert. Das Grossrisikolager andererseits würde gegenteilig reagieren und versuchen, jeden Fall zu bagatellisieren und die Hospitalisierung zu verhindern. In beiden Fällen würde eine objektive Evaluation nach rein ärztlichen Grundsätzen die korrekte Abschätzung der Mittel, welcher ein Fall bedarf, sehr erschwert.

In dieser unerfreulichen Situation — unerfreulich für die Patienten wie auch für die Kassen und die Aerzte — haben sich die Aerzte, Krankenkassen und Zahnärzte zusammengetan und in letzter Minute ein eigenes Projekt ausgearbeitet. Die feindlichen Brüder, die sich jahrzehntlang in Tarifverhandlungen hartnäckig bekämpft haben, erkannten die Gefahr, die von der SP-Initiative und vom Gegenvorschlag des Bundesrates her nicht vor allem ihnen — wie gesagt wird —, sondern dem Gesundheitswesen als Ganzes drohte. Die Vorschläge der Aerzte und Krankenkassen und Zahnärzte bilden eine echte Alternative zum Verstaatlichungsmodell der Sozialdemokratischen Partei. Das bisherige freiheitliche System soll ausgebaut werden, unter Erhaltung einer Mehrzahl von Versicherungsträgern und ihrer finanziellen Selbständigkeit. Das Modell vermag auch den Anforderungen zu genügen, die an eine Neuordnung der Kranken- und Unfallversicherung gestellt werden müssen, nämlich die Krankenversicherung in stand zu setzen, den heutigen Anforderungen sachlich und finanziell gerecht zu werden, die hohe Qualität der ärztlichen Leistungen und jene der Spitäler für die ganze Bevölkerung weiterhin zu gewährleisten und der Kostenexplosion im Gesundheitsdienst wirksam zu begegnen.

Aufgrund der bisherigen Aufwendungen für den Gesundheitsdienst war es allen Beteiligten klar, dass ohne neue Finanzquellen der Ausbau der Krankenpflegeversicherung nicht im wünschbaren Mass erfolgen kann, es sei denn durch massive Erhöhung der Prämien oder der Selbstbehalte. Man entschloss sich daher neben den Individualprämien und den Subventionen des Bundes und der Kantone noch zu einer zusätzlichen Finanzierung über Lohnprozente. Diese Mittel sollen durch die Krankenkassen eingesetzt werden können zugunsten der gesamten Bevölkerung, insbesondere zur Herabsetzung der Kosten für die Heilanstaltsbehandlung. Auf welchem Wege auch solche Patienten in den Genuss von Beiträgen kommen können, die keiner Krankenpflegeversicherung angeschlossen sind, muss durch die Gesetzgebung festgelegt werden. Auf diese Weise werden Mittel frei für den Leistungsausbau bei der ambulanten Behandlung. Die Begrenzung dieses zusätzlichen Beitrages auf 2 Lohnprozente nimmt nicht nur Rücksicht auf unsere Volkswirtschaft, sondern ist auch deswegen sinnvoll, weil dadurch sowohl die Kassen wie auch die Spitalträger der Kostenentwicklung besondere Aufmerksamkeit schenken müssen.

Als weitere Finanzquelle fordern die Aerzte, Krankenkassen und Zahnärzte die Einführung von Sondersteuern auf gesundheitsgefährdenden Produkten. Die Mittel sollen dazu verwendet werden, die Beitragskomponenten, d. h. die Individualprämien, die Beiträge des Bundes und der Kantone, zu senken. Leider hat Ihre

Kommission einen entsprechenden Antrag abgelehnt. Ich werde mir erlauben, in der Detailberatung darauf zurückzukommen und meinen Antrag zu begründen.

Erlauben Sie mir nun noch eine kurze Stellungnahme zum Einschluss der Zahnerkrankungen in die Krankenpflegeversicherung. Die Initiative verlangt den Einschluss der gesamten Zahnbehandlung in die obligatorische Versicherung. Wir wissen nun, dass 98 Prozent der Bevölkerung unter Gebissserkrankungen leiden, was heissen will, dass praktisch überhaupt keine guten Risiken vorhanden sind. Obligatorische, umfassende Zahnpflegekostenversicherungen bestehen bis heute nirgends auf der Welt, und die bestehenden Teilversicherungen sind alle in grossen finanziellen Schwierigkeiten. Würde die Initiative der Sozialdemokratischen Partei angenommen, so müssten sämtliche Kosten für die Zahnbehandlung aus Lohnprozenten und Steuern bezahlt werden. Wir wissen nun aber, dass die meisten Hauptprobleme über die allen Leuten zugängliche Prophylaxe gelöst werden können. Die grösste Kostenverursacherin, die Zahnfäulnis, kann mit richtig betriebenen vorsorglichen Massnahmen beinahe gänzlich ausgeschaltet werden, ohne dass der Patient unzumutbare Einschränkungen auf sich zu nehmen hat. Da eine weitgehende Sozialversicherung erwiesenermassen die eigenen Anstrengungen des Patienten und der Prophylaxe hemmt, ist sie auf dem Gebiete der restaurativen Zahnbehandlung fehl am Platz. Es wäre ungerecht, ja geradezu asozial, denjenigen, der zu seinen Zähnen Sorge trägt, mit Lohnprozenten und Steuern für denjenigen zahlen zu lassen, der seine Zähne vernachlässigt.

Die Schweizerische Zahnärztesgesellschaft hat zudem mit den Krankenkassen und dem Bundesamt für Sozialversicherung ein Modell für den Einbezug von gewissen Zahnerkrankungen in die Versicherung ausgearbeitet. Dieser Vorschlag fand bereits Aufnahme im Flimser Modell, im Modell 72 und wurde auch in der Botschaft des Bundesrates übernommen. Danach sollen jährliche Kontrolluntersuchungen, zahnchirurgische und verwandte Leistungen zu den Pflichtleistungen der allgemeinen Krankenpflegeversicherung gehören. Jede Ausweitung aber, z. B. durch Einbezug des Zahnersatzes, würde nicht nur die Prophylaxeanstrengungen hemmen und die Behandlungsqualität senken, sondern auch die praktische Durchführung in Frage stellen. Zudem würde die vorgesehene finanzielle Basis mit Sicherheit nicht ausreichen, und die Versicherungskosten würden massiv steigen. Für die Versicherung der konservierenden Zahnbehandlung und der Zahnprothetik sollen die Krankenkassen, wie das versuchsweise bereits geschieht, eine auf Freiwilligkeit beruhende eigene Versicherungsabteilung, die Zahnbehandlungskostenversicherung schaffen. Für diese Versicherung sollen besondere Beitrittsleistungs- und Finanzierungsregeln gelten.

Wir sind gut beraten, wenn wir auf dem Gebiete der Zahnheilkunde die schlechten Erfahrungen ausländischer Patienten und Versicherungen beachten und auswerten. Ich hoffe gerne, dass auch das Bundesamt für Sozialversicherung und der Bundesrat sich dieser Interpretation des Einschlusses der Zahnerkrankungen in die Zahnpflegeversicherung anschliessen können.

Ich bitte Sie, die Initiative der Sozialdemokratischen Partei abzulehnen und auf die Beratung des Gegenvorschlages einzutreten, auf dass wir trotz der nun bisher schon eingetretenen Verzögerung bald zu einer sozialen und auch gesamtwirtschaftlich tragbaren Erneuerung des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes kommen.

Weber: Das Krankenversicherungswesen liegt im argen. Darüber scheint man sich heute im klaren zu sein. Besonders alarmierend ist seit langem die viel erwähnte Kostenexplosion im Krankenpflegesektor. Eine wirklich christliche Lastenverteilung zu einer echten sozialen Krankenversicherung ist fällig. Wir kennen das Resultat jener Expertenkommission, die sich bereits 1969 an die Neugestaltung der Krankenversicherung heranmachte. Ich verzichte darauf, dieses Resultat zu kommentieren.

Es brauchte die zur Diskussion stehende Initiative der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz, um mit klaren Zielvorstellungen energisch an das Problem heranzugehen zu können; sie erst beschleunigte die abklärenden Arbeiten. Welches waren diese Zielvorstellungen? 1. Ein allgemeines Bundesobligatorium für die gesamte Bevölkerung für eine genügende Krankenpflegeversicherung. Dieses Obligatorium hat nach Auffassung der Initianten die Grundlage für eine soziale, auf dem Grundsatz der Solidarität aufgebaute Versicherung zu sein. 2. Eine obligatorische Krankengeldversicherung für alle Arbeitnehmer, die leistungsmässig der SUVA nicht nachsteht. 3. Das Obligatorium für alle Arbeitnehmer, auch bei der Unfallversicherung; mit der Möglichkeit, dieses Obligatorium auch auf weitere Bevölkerungskreise auszudehnen. 4. Die Finanzierung der Versicherung, a. über ein System analog der Lösung für AHV, IV, also über Lohnprozente, wobei sich die Arbeitgeber und Arbeitnehmer in diese Beitragsleistung zu teilen haben, sowie b. durch Beiträge der öffentlichen Hand. 5. Ein allgemeiner Leistungsausbau der Krankenversicherung, um Lücken zu schliessen und neue Unzulänglichkeiten zu vermeiden. 6. Die Regelung des Verhältnisses zwischen Medizinalpersonen und Versicherten sowie Koordinierung der Krankenversicherung mit den übrigen Zweigen der Sozialversicherung.

Es war anzunehmen, dass die Initiative Misstrauen auslösen und aus verschiedenen Kreisen und aus ebenso verschiedenen Gründen Gegner erhalten werde. Sie weist einen mutigen Weg auf, und Mut ist nicht jedermanns Sache. Herrn Andermatt möchte ich bei dieser Gelegenheit erwidern: Eine Schwarzmalerei in bezug auf eine Gefahr in Richtung der Staatsmedizin ist eine glatte Uebertreibung und Unterschiebung. Die Initiative will die bestehenden Kassen anerkennen und bekennt sich auch zur freien Arztwahl. So wie Sie sich ausgedrückt haben, wird wirklich der Teufel an die Wand gemalt, und das Volk wird, bewusst oder unbewusst, irreführt. Heute haben wir unzählige Modelle, die alle gegen die sozialdemokratische Initiative ausgeheckt worden sind, nicht aber, um etwas Besseres zu ermöglichen. Zum bundesrätlichen Gegenvorschlag ist zuletzt noch ein eigener Vorschlag der ständerätlichen Kommission gekommen, was die Situation keineswegs verbessert hat, im Gegenteil.

Kein Modell zur Revision der Krankenversicherung kann als echte Alternative zur Initiative betrachtet werden. Einzig der Vorschlag des Bundesrates hat jene Ansätze, die sich in Richtung der gesteckten Ziele ausbauen liessen und zu einer fortschrittlichen und gangbaren Lösung führen könnten. Wir erachten tatsächlich eine Neuordnung der Krankenversicherung als vordringlich, aber ich muss gestehen, mir fehlt der Glaube, dass aus der verworrenen Situation noch etwas Vernünftiges entstehen kann. Das Chaos ist perfekt, zu viele Köche waren am Werk. Wichtige Grundsätze, die ursprünglich in verschiedensten Vorschlägen zum Prinzip erhoben worden sind, gelten heute nicht mehr. Grundsätze wie

Bundesobligatorien und genügende finanzielle Abstützung auf lohnprozentuale Beitragsleistungen sind verlassen worden. Da wurde z. B. vom Konkordat der schweizerischen Krankenkassen eine Petition lanciert. Ueber 600 000 Unterschriften wurden zusammengetragen. Heute will man mit diesen Unterschriften beweisen, die Bevölkerung unterstütze die jetzigen Kassenvorschläge. Dabei war die Petition wirklich ein Notschrei nach einem besseren Versicherungsschutz, aus der Erfahrung heraus, das Ungenügen des Bisherigen kennend, in guten Treuen etwas Mutiges erhoffend. Im Aufruf zur Petition spricht man unter Punkt 1, die ganze Bevölkerung sei in die Versicherung einzubeziehen und zu beschützen. Das nenne ich Obligatorium. In Punkt 3 spricht man wohl von Lohnprozenten, ohne Maximierung, im Gegenteil erachtet man mindestens beispielsweise Beiträge von je 1,5 Prozent des Einkommens als nötig und unerlässlich. Heute scheint man auf die 0,9 Prozent der Aerzteschaft abgesunken zu sein. Die sprunghafte Zunahme der Krankenkosten und die damit verbundenen Prämien erhöhungen der Krankenkassen haben das Ungenügen der heutigen Regelungen jedem Versicherten klargemacht.

Zwei Drittel aller Armenfälle sollen auf Krankheit des Ernährers der Familie zurückzuführen sein. Das heutige Finanzierungssystem ist das unsozialste und ungerechteste System, das man sich denken kann, indem durch das Prämiensystem der Kleinverdiener und die Grossfamilie prozentual zum Erwerbseinkommen am stärksten belastet werden. Eine mutige Lösung wäre nötig. Statt dessen versucht man, von diesem unsozialen System so viel wie möglich in die Zukunft hinüber zu retten. Obschon das sogenannte Flimsler Modell auf Gesetzesebene eine brauchbare Ausgangsbasis für eine Neugestaltung sein könnte, wäre es sinnlos, sich heute mit jener Konzeption zu befassen. Total überflüssig finde ich einen Versuch, die übrigen Modelle in die Diskussion einzubeziehen: es bleiben also Initiative, Vorschlag des Bundesrates und Anträge der Kommission.

Was störte eigentlich den Bundesrat an der Initiative, und was hatte die Kommission am Vorschlag des Bundesrates zu bemängeln? Trotz der offensichtlichen Vorteile eines Vollobligatoriums der Krankenpflegeversicherung mit Garantie der vollen Kostendeckung bei schweren Krankheiten (Spitalaufenthalt und Mutterschaft sowie Zahnbehandlung) hat der Bundesrat Bedenken gegen einen solchen Schritt; er hält eine solche Lösung vorläufig noch nicht für nötig. Er beschränkt sich auf ein Obligatorium für Grossrisiken, was wiederum den Widerstand der Kassen auslöste. Schliesslich buchstabierte die Mehrheit unserer Kommission noch ganz zurück. Allenthalben befürchtet man, mit einem Versicherungsobligatorium die Selbstverantwortung zu schmälern, was zu einer Steigerung des Medizinalkonsums führen müsste, was schliesslich von niemandem gewünscht werde.

Einerseits mutet z. B. Herr Dr. Ott in einem Aufsatz in der «Aerzte-Zeitung» vom 11. Juli 1973 dem mündigen Bürger des 20. Jahrhunderts, wie er sich ausdrückt, genügend Urteilskraft zu, um entscheiden zu können, ob er sich versichern lassen müsse oder nicht. Man glaubt, dass jeder Schweizer die Verantwortung sich selber und seiner Familie gegenüber kenne und sich schliesslich gegen die Wechselfälle der Krankheit und deren Folgen schütze. Ist die Frage, ob der Medizinalkonsum oft durch die Aerzte gefördert wird, so deplaciert? Oder

wäre das so ausgeschlossen, dass durch Aufklärung durch den Arzt der übermässige Medizinalkonsum gesteuert wird? Störend empfindet der Bundesrat auch die Lösung bei rein lohnprozentualen Beiträgen. Neben den Leistungen der öffentlichen Hand wären von Arbeitgeber und Arbeitnehmer zusammen 4,8 Prozent des Erwerbseinkommens zu leisten. Man wollte damit einen ausgesprochenen Sozialausgleich schaffen. Die Landesregierung will den Gedanken des Lastenausgleichs und der Solidarität auf die Grossrisiken beschränken. Sie möchte sich auf je 1,25 bis 1,5 Lohnprozente beschränken. Die Kommission wieder macht einen weiteren Schritt zurück. Sie begnügt sich nicht nur damit, den lohnprozentualen Anteil der Beiträge auf 2 Prozent zu limitieren, sondern liebäugelt gerade noch mit dem Gedanken, bei der Ausführungsgesetzgebung noch einmal eine Reduktion vornehmen zu können, indem das ominöse Wörtchen «höchstens» im Verfassungsartikel vorangesetzt werden soll; dies auch dann, wenn Herr Professor Kaiser anlässlich der Kommissionsberatungen erklärte, dass der Finanzbedarf etwa 2,4 Milliarden Franken betragen werde, die 2 Lohnprozente nach System AHV aber lediglich 1,8 Milliarden Franken einbringe. Die 0,6 Milliarden müssten zusätzlich über Individualprämien aufgebracht werden.

Es ist erwiesen, dass sowohl das Fehlen des Obligatoriums wie auch die Maximierung der Lohnprozente einen Ausbau der bisherigen Krankenversicherung zu einem echten Sozialwerk, das den echt eidgenössischen Solidaritätsgedanken beinhaltet und das dem wirtschaftlich Schwächeren und der kinderreichen Familie entgegenkommt, verunmöglicht. Wir wissen, dass fast überall, auch auf der Preis- und Kostenseite, die Entwicklung nicht linear, sondern sprunghaft vor sich geht. Herr Direktor Frauenfelder schrieb in einem Aufsatz über dieses Problem: «Nimmt man das Jahr 1960 als Ausgangspunkt (also 100 Punkte), so sind bis 1970 die Preise auf 139, die Löhne auf 202 und die Krankenpflegekosten je Versicherten auf 291 Punkte gestiegen. Diese Kostensteigerung führte zu einem Finanzierungssystem, das im wesentlichen auf dem individuellen Fixbetrag beruht, zu Beitragssteigerungen, die namentlich für Familien und nichterwerbsfähige Personen an der Grenze des Zumutbaren liegen.»

In weiteren 10 Jahren werden wir Werte erhalten, die von den Versicherten, insbesondere von den Familienvätern, für die Krankenversicherungen Belastungen bringen, die unmöglich mehr verkraftet werden können. Ich werde heute noch darauf zu sprechen kommen.

Wenn wir heute auf die Vorlage eintreten, dann nur mit dem frommen Wunsch, dass noch wesentliche Verbesserungen am Vorschlag der Kommission vorgenommen werden können. Dabei hoffen wir natürlich auf die Schützenhilfe aller sozial Gesinnten. Speziell würde ich bedauern, wenn heute keine Vertreter der Christlichdemokratischen Volkspartei, sondern nur Konservative anwesend wären und an den Verhandlungen und bei den Entscheidungen teilnähmen; denn ich könnte mir nicht vorstellen, dass die Veröffentlichung des Pressedienstes der CVP, wie sie am 16. Juli 1973 in der «Schweizerischen Krankenkassenzeitung» abgedruckt war, nur zu Propagandazwecken lanciert wurde, ja so einfach nur für die Wähler bestimmt. So diametral kann die Theorie und die Praxis einer Partei doch kaum auseinandergehen! Folgende Sätze aus der erwähnten Publikation unter dem Untertitel «Warum kein Obligatorium?» kann ich nur unterstreichen. Ich zitiere: «Es wird sicher unser

Ziel sein müssen, dass wir heute in unserer Gesellschaft jeder Familie und jedem Menschen, so auch dem alten und invaliden Mitmenschen Versicherungsschutz bei Krankheit bieten müssen. Das Obligatorium ist das Mittel, dieses Ziel zu erreichen.» Oder ein anderes Zitat: «Trotzdem der grosse Teil des Volkes heute weitgehend versichert ist, wagt man den Schritt zum Bundesobligatorium nicht, obschon jeder Praktiker nachweisen wird, dass immer wieder jene Fälle unversichert bleiben, wo die soziale Not am grössten ist.» Oder ein drittes Zitat: «Es ist die harte Wahrheit, dass unser bisheriges, auf Freiwilligkeit basierendes System zur grössten Kostenexplosion und zu einem horrenden Medizinkonsum geführt hat. Diese Tatsache wird niemand wegleugnen können. Es wäre wertvoll sich dies zu überlegen, bevor man dem Volke eine halbe Lösung vorlegt.» Diese Sätze kann ich also nur unterstreichen. Ich habe auch nichts beizufügen zu dem, was unter dem Titel «Lohnprozente bringen einen familienpolitischen Ausgleich» geschrieben steht. Es heisst da: «Alle jene Kreise, denen bei dieser Revision die familienpolitischen Anliegen am Herzen liegen, müssen nun auf die Linie einer ganzheitlichen Familienversicherung einschwenken.» Oder: «Die Lohnprozente sind jedenfalls ein Mittel, um die in neuester Zeit für kinderreiche Familien absolut untragbar gewordenen Belastungen für die Krankenversicherung auf ein tragbares Mass zu reduzieren. Hier wird der Durchbruch gelingen müssen, um die Risikoverteilung bei Krankheit auf eine fundamental neue Basis zu stellen.» Wir werden sehen, was diese Worte wert sind.

Gestatten Sie mir zum Schluss noch zwei Erklärungen:

1. Ich habe in der Kommission Hand zu einem Kompromiss geboten. Nachdem man aber meinen Wünschen in keinem Punkte entgegengekommen war, fühlte ich mich bei der Abstimmung nicht mehr an meine Anträge gebunden und stellte schliesslich weiter gehende. Ich fühle mich also auch heute frei bei der Antragstellung. Sie finden die Anträge schriftlich formuliert, wie ich sie bereits in der Kommission vertreten habe.

2. In der Fahne wurde der Minderheitsantrag II falsch aufgenommen. Sie finden dies im Protokoll der Kommissionssitzung bestätigt. Allerdings muss ich zugeben, dass ich den Fehler beging, anzunehmen, der Hinweis auf die Wiederaufnahme des Obligatoriums als Minderheitsantrag sei richtig verstanden worden. Ich hätte die Formulierung schriftlich unterbreiten müssen. Ich möchte mich hierfür entschuldigen.

Mit diesen Worten erkläre ich die Bereitschaft zum Eintreten, allerdings unter sehr grossen Vorbehalten.

Honegger: Der Herr Kommissionspräsident hat in seinem umfassenden und ausgewogenen Referat meines Erachtens zu Recht darauf hingewiesen, dass der heute geltende Verfassungsartikel 34bis so umfassend ist, dass eigentlich eine Neuordnung der Krankenversicherung ohne weiteres darauf aufgebaut werden könnte. Man kann sich deshalb mit Recht fragen, ob es sinnvoll ist, eine allgemeine, bisher gültige Kompetenznorm in der Bundesverfassung durch eine programmatische Bestimmung zu ersetzen, wie das der Bundesrat und die Kommission als Alternative zur sozialdemokratischen Initiative vorschlagen. Nachdem es aber in den letzten Jahren vor allem im Sozialbereich üblich geworden ist, zu Volksinitiativen immer Gegenvorschläge auszuarbeiten, wird man diesem Vorgehen sich kaum widersetzen können, obschon ich persönlich der Meinung bin, dass

gerade im vorliegenden Falle die sozialdemokratische Initiative ohne Gegenvorschlag hätte dem Souverän unterbreitet werden sollen.

Bei der Beratung des Gegenvorschlages des Bundesrates standen in der Kommission weniger soziale als finanzielle Aspekte im Vordergrund; dazu möchte ich mich noch kurz äussern. Ich glaube, die Neuordnung der Krankenversicherung darf nicht für sich allein beurteilt werden, sondern sie gehört in eine Gesamtbetrachtung der schweizerischen Sozialpolitik. Wenn man zu den bisherigen Sozialversicherungs-Beiträgen — ich denke zum Beispiel an die AHV, Zweite Säule, Unfallversicherung, Arbeitslosenversicherung, Familienausgleichskassen usw. — noch die neu vorgesehenen lohnprozentualen Beiträge für die Krankenversicherung dazu zählt, dann kommen Sie für die nächsten Jahre auf ganz beträchtliche Belastungen. Man spricht von Grössenordnungen zwischen 40 und 50 Prozent des Lohneinkommens. Das sind Belastungen, die doch langsam zum Aufhorchen mahnen sollten. Vor allem kleinere und mittlere personalintensive Betriebe könnten doch gelegentlich Schwierigkeiten begegnen, solche Beträge inskünftig aufzubringen. Ich glaube deshalb — und da stehe ich im Gegensatz zu Herrn Kollega Weber —, dass der Ausbau der Sozialversicherung mit der finanziellen Tragfähigkeit der schweizerischen Wirtschaft koordiniert werden muss. Ich will damit sagen, dass der Ausweitung der sozialen Sicherheit wirtschaftliche und auch finanzielle Grenzen gesetzt sind. Diese Grenzen sind meines Erachtens auch bei der Neuordnung der Krankenversicherung zu beachten. Einmal ist dafür zu sorgen, dass die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen vom Selbstverantwortungsgefühl nicht getrennt wird. Das wäre der Fall, wenn Sie der sozialdemokratischen Initiative zustimmen würden. Der Versicherte soll risiko-gerechte Prämien bezahlen und einen angemessenen Teil der von ihm verursachten Kosten auch selbst tragen. Das Solothurner Modell, das die Kommission immer wieder beschäftigt hat, enthält in dieser Richtung gute Vorschläge. Im gesamten liess sich das Solothurner Modell leider nicht übernehmen, weil es für die nächsten Jahre von einem finanziellen Aufwand ausgeht, der nicht realistisch ist.

In der Kommission ist dargelegt worden, dass jeder Schweizer jährlich im Durchschnitt 1,2mal ambulant die Leistungen einer Krankenkasse in Anspruch nimmt. Diese erstaunlich hohe Erkrankungshäufigkeit zeigt, dass eine mutige Korrektur in der Richtung wesentlich erhöhter Selbstbeteiligung notwendig ist, um die Pflegeversicherung merklich zu entlasten und den administrativen Leerlauf der Kassen und Aerzte abzubauen. Eine jährliche Kostenbeteiligung der Versicherten von zum Beispiel 200 Franken, was der Hälfte der Haftpflichtversicherung für einen VW entspricht, würde die Zahl der Fälle, die bei den Krankenkassen angemeldet sind, auf die Hälfte reduzieren. Es ist deshalb meines Erachtens notwendig, im Verfassungsartikel — wie das die Kommission vorschlägt — den Grundsatz festzuhalten, dass die Krankenversicherung durch Individualprämien und einen angemessenen Selbstbehalt mitfinanziert werden muss.

Die Notwendigkeit einer Neuordnung der Krankenversicherung liegt nicht in mangelhaften Leistungen, wie das Herr Kollega Weber dargelegt hat, oder in einer lückenhaften Erfassung der Bevölkerung, sondern vielmehr in der unübersehbaren Kostenexplosion auf dem

Gebiete der Spitalbehandlung. Es handelt sich also vornehmlich um ein Finanzierungsproblem. Die Kommission schlägt deshalb auch eine neue Finanzquelle, nämlich lohnprozentuale Beiträge vor, was ja nichts anderes bedeutet als eine auf dem Solidaritätsprinzip aufgebaute unbegrenzte Beitragspflicht auf allen Einkommen, trotz einheitlichen Versicherungsleistungen. Um zu erreichen, dass die neuen Mittel nur dort eingesetzt werden, wo sie wirklich auch dringend benötigt werden, mussten im Vorschlag der Kommission Garantien eingebaut werden. Sie sind zweierlei Art: Einmal sollen die Lohnprozente auf 2 Prozent begrenzt werden, und dann sollen die zusätzlichen Mittel vornehmlich für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung eingesetzt werden.

Trotz den Lohnprozenten werden für die Finanzierung der Krankenversicherung auch inskünftig beträchtliche öffentliche Mittel notwendig sein. Der Vorschlag der Kommission verlangt aber, dass diese Subventionen gezielt für die Ermässigung der Prämien Minderbemittelter einzusetzen sind. Ich bin mit Herrn Kollega Weber durchaus einverstanden, dass das bisherige Giesskannensystem in Form von Kopfbeiträgen abzulehnen und durch eine Ordnung zu ersetzen ist, die sozialpolitisch sinnvoller ist als die bisherige.

Ich komme zum Schluss, dass die vorgesehene Finanzierung der Krankenversicherung dann einen gangbaren Weg darstellt, wenn es gelingt, durch die Verankerung der Selbstverantwortung jedes einzelnen die ungemütliche finanzielle Entwicklung der Heilungskosten zu bremsen. Dazu gehört nach Auffassung der Kommissionmehrheit, dass die Lohnprozente in ihrer Höhe und Verwendung klar umschrieben werden, und dass die Prämien und Kostenbeteiligungen der Versicherten so ausgestaltet werden, dass inskünftig Bagatellfälle ausgeschlossen sind und das Verantwortungsgefühl des einzelnen für seine Gesundheit mehr als bisher gefördert wird und schliesslich, dass die Subventionen sozial zielgerichtet und nicht einfach zur allgemeinen Prämienreduktion eingesetzt werden.

Ich bitte Sie, auf die Vorlage der Kommissionmehrheit einzutreten und ihr zuzustimmen.

Amstad: Mit meinem Vorredner gehe ich darin einig: Wenn man die bisherige knappe, klare und den Anforderungen genügende Bestimmung der Verfassung vergleicht mit den grauenhaft ausführlichen und komplizierten neuen Vorschlägen, steht für jedermann, der eine politisch einfache und juristisch klare Lösung wünscht, fest, dass man die neuen Vorschläge verwerfen und bei der alten Lösung bleiben sollte.

Wenn ich trotzdem aus politischer Ueberzeugung und mit gutem Gewissen hinter unserem neuen Vorschlag stehe, so deshalb, weil ich davon überzeugt bin, dass wir der unannehmbaren Lösung der Sozialdemokraten eine annehmbare Gegenlösung entgegenstellen müssen. Ein Aufenthalt in Skandinavien im letzten Sommer hat mich in der Ueberzeugung gestärkt, dass das Soziale unsozial wird, wenn man es allzusehr betont. Ich bin überzeugt, dass die sozialen Forderungen der sozialdemokratischen Lösung zu unsozialen Folgen führen müssten, sobald man sie voll verwirklichen möchte.

Herr Weber wirft unserem Vorschlag vor, dass er keine klare und vor allem keine mutige Lösung des Obligatoriums bringe. Tatsächlich ist es so, dass wir für alle drei Versicherungsarten, für die Krankenpflegeversicherung, für die Krankengeldversicherung und für die

Unfallversicherung, die Einführung des Obligatoriums freistellen und es zudem dem Bund oder den Kantonen überlassen, dieses Obligatorium einzuführen. Dazu folgendes:

Wir haben das Obligatorium freistellen wollen, weil wir der Auffassung sind, dass ein Obligatorium nur insoweit am Platz ist, als es für eine gerechte, sozial wirksame und preisgünstige Lösung notwendig ist. Dabei wird die Entwicklung für die einzelnen Versicherungsarten verschieden sein. Bei der Unfallversicherung ist eine Expertenkommission an der Arbeit, die prüft, inwieweit die Unfallversicherung, die heute für gewisse Arbeitnehmer obligatorisch ist, auch für weitere Versicherungsgruppen obligatorisch erklärt werden soll. Wir sind in der Kommission einverstanden, dass man das Ergebnis der Prüfung dieser Expertenkommission abwartet und dann für die Unfallversicherung — betreffend das Obligatorium — die richtigen Schlüsse zieht.

Die gleiche Lösung wird sich bei der Krankengeldversicherung ergeben. Auch da sind wir damit einverstanden, dass man ein Obligatorium einführt. Das Obligatorium in der Krankengeldversicherung könnte sich meiner Ueberzeugung nach mit dem Obligatorium für die Unfallversicherung decken.

Was die Krankenpflegeversicherung betrifft, sind wir in der Kommission der Meinung, dass man das Obligatorium zurückstellen kann, da ein Grossteil der Bevölkerung schon versichert ist und der nicht versicherte Rest jedes Jahr kleiner wird. Dabei würde ich persönlich immerhin ein Bundesobligatorium dem vorziehen, was uns die Aerzte und Krankenkassen vorschlagen. Die Aerzte und Krankenkassen schlagen nämlich vor, dass der Bund für die Krankenpflegeversicherung kein Obligatorium einführen kann, sondern dass die Einführung den Kantonen überlassen wird. Wir erleben auf dem Gebiete der Stipendien, wie ungerecht und unhaltbar die Zustände werden können, wenn jeder Kanton auf einem Gebiet, das schweizerisch interessiert, eine verschiedene Lösung bringt. Wir hätten das gleiche auch bei der Krankenkasse, wenn jeder Kanton verschiedene Obligatorien für die Krankenpflegeversicherung einführt. Dabei möchte ich Herrn Weber daran erinnern, dass die Aerzte und Krankenkassen, die uns das vorschlagen, immerhin unter Führung seines Parteifreundes und ehemaligen Fraktionschefs Edmund Wyss stehen. Wir fühlen uns also auf beiden Seiten frei, die Lösung zu suchen, die wir für richtig und verantwortbar halten.

Das zweite ist das, dass wir es dem Bund und den Kantonen überlassen, ein Obligatorium einzuführen. Wir führen dadurch nichts Neues ein, sondern belassen es bei der bisherigen Rechtslage. Bekanntlich ist es ja so, dass nach Artikel 3 der Bundesverfassung die Kantone das anordnen können, was der Bund nicht für sich in Anspruch nimmt. Solange der Bund das Obligatorium nicht einführt, ist es den Kantonen unbenommen, Obligatorien einzuführen. Wir haben also in unserem Vorschlag die bisherige Lösung einfach verdeutlicht.

Ich bin mir bewusst, dass wir die Verfassung zusätzlich beschweren, wenn wir so schwerfällige Bestimmungen neu einführen. Ich verweise in diesem Zusammenhang auf das, was uns in ihrem Bericht die Kommission Wahlen vorschlägt, nämlich dass man bei einer Totalrevision der Bundesverfassung die Gesetzesinitiative als allgemeine Anregung ermöglichen sollte. Dann hätten wir in Zukunft solche Bestimmungen nicht mehr in der

Verfassung, sondern könnten im Rahmen der Gesetzesinitiative darüber diskutieren.

In diesem Sinne bin ich für Eintreten.

Luder: Sie werden verstehen, dass ein Solothurner jenem Modell, das den Namen seines Kantons trägt, in dieser Debatte einige Worte widmen möchte. In der Botschaft wird das Solothurner Modell zwar vorgestellt, eine gründliche Auseinandersetzung mit ihm bleibt aber leider aus. Einzig mit der auch auf ähnliche Modelle gemünzten Erklärung, bei seiner Verwirklichung hätte die öffentliche Hand zwischen 1,1 und 1,9 Milliarden Franken in die Krankenversicherung einzuwerfen, legt die Botschaft das Solothurner Modell ad acta. Seine Urheber, ich gehöre nicht dazu, bestreiten nun diese Behauptung und erklären, gestützt auf Berechnungen, die unter Beizug von Professor Nolfi in Zürich angestellt worden sind, dass nach ihrem Konzept eine umfassende Krankenversicherung ohne Lohnprozente möglich sei, ohne dass die öffentliche Hand zusätzliche Mittel aufzubringen habe, indem die Finanzierung durch den Sozialausgleich unter den Versicherten, Ausbau von Franchisen und Selbstbehalt auf der einen Seite, Einteilung der Versicherten in drei Prämiengruppen auf der andern Seite, erreicht werden könne. Nun weichen die Berechnungen der Verwaltung von derjenigen der Solothurner Gruppe derart ab, dass es zwecklos wäre, hier im Plenum eine Bereinigung vornehmen zu wollen. Ich möchte nur wünschen und hoffen, dass die Finanzierungskonzeption des Solothurner Modells im Zweitat gründlicher und verfeinert vorbesprochen und geklärt werden kann. Ich hege diesen Wunsch vor allem deshalb, weil ich bezweifle, ob mit den Vorschlägen des Bundesrates wirksame Bremsen gegen die *surconsommation médicale* aufgerichtet werden. Hier zum mindesten würde das Solothurner Modell eine echte Alternative anbieten. Das Problem der nicht genügenden Kostenbremse ist ja nicht eine solothurnische Erfindung. Deutliche Warnungen haben unter vielen andern etwa Dr. Kilian Boner in seiner Broschüre «Die sozialen Risiken im Wohlfahrtsstaat» und in jüngster Zeit der Koordinationsausschuss der Aerzte, Krankenkassen und Zahnärzte in seinem Schreiben vom 20. September erlassen. Wer die Tagung des Schweizerischen Städteverbandes verfolgt hat, weiss, dass auch dort der Appell, es sei gegen die Anspruchsinflation im Spitalwesen anzukämpfen, deutlich genug ausgesprochen worden ist.

Gestatten Sie mir deshalb noch ein Wort zur Kostensituation der künftigen Krankenversicherung, deren Revisionswürdigkeit ich keineswegs bestreite. Seit längerer Zeit bemühen sich die Finanzkommissionen unserer Räte, aber auch die Finanzverwaltung darum, rechtzeitig, bevor die Weichen gestellt sind, die finanziellen Auswirkungen bedeutender Vorlagen in den Griff zu bekommen. Das setzt voraus, dass eine frühzeitige, offene Darlegung der Folgekosten vorgenommen wird. In der vorliegenden Botschaft suchen wir vergeblich nach einer klaren finanziellen Beurteilung der Lage. Mit Ausnahme der erwähnten Gegenargumentation gegen das Solothurner Modell und einigen Hinweisen auf die Lohnprozente finden sich weder Zahlen- noch Entwicklungsprognosen, noch irgendwelche Tabellen in der Botschaft. Auch konjunkturpolitische Betrachtungen, etwa über die volkswirtschaftlichen Effekte allfälliger Ueberwälzungen auf die Preise, fehlen. Ueber die mutmasslichen künftigen Bundesausgaben für die Krankenversicherung heisst

es in der Zusammenfassung der Botschaft auf Seite 43 nur: «Die Belastung des Bundes dürfte nicht wesentlich über den gegenwärtigen Betrag hinausgehen.» Das ist, mit Verlaub gesagt, nach meiner Meinung nicht möglich. Aber es ist für mich ebenso unmöglich, eine Widerlegung vorzunehmen, eben weil mir die Zahlen fehlen. Immerhin möchte ich folgendes festhalten:

1. Allein schon die Explosion der Spalkosten und der durch die Revision vorgesehene Einbezug neuer Versicherungsleistungen werden den Betrag der Bundesbeiträge anwachsen lassen. 2. Der auf dem Flimser Modell aufbauende Finanzplan des Bundes sieht für 1975 allein Bundesbeiträge an die Krankenversicherung von 930 Millionen Franken vor. Nach neuesten Angaben des Bundesamtes für Sozialversicherung will der Bund im Jahre 1976 mit rund 870 Millionen (vier Fünftel von 1147 Millionen) auskommen. Angesichts der Kostenentwicklung dürfte hier finanzprognostisch zum mindesten eine erkleckliche Unklarheit bestehen. 3. Nach Angaben, die ich erhalten habe, rechnet man allein schon mit neuen Ausgaben des Bundes für gezielte Investitionsbeiträge zur Förderung der Spitalplanung (Seite 42 der Botschaft) in der Höhe von 120 Millionen Franken. 4. In der neuesten Finanzplanung des Bundes, (Orientierung der Finanzkommissionen am 30. August) rechnet man unter dem Titel «Auswirkungen neuer Vorhaben auf das Finanzplandefizit» bereits auf 1975 mit einem erklecklichen Zuwachs der Ausgaben der Krankenversicherung. Er soll zusammen mit der Wohnbauförderung 380 Millionen ausmachen.

Ich möchte deshalb dem Herrn Departementschef die Frage stellen: Was hat der Bund tatsächlich in Zukunft an die Krankenversicherung zu bezahlen, wenn ihre Gesamtkosten, wie wir gehört haben, 1976 einen Betrag von rund 7 Milliarden ausmachen? Es genügt nicht, in der Expertenkommission die Folgekosten zu diskutieren. Die Öffentlichkeit hat ein Anrecht zu wissen, was ihr und dem Bund blüht, und das Parlament hat, auch wenn die Ausarbeitung der Ausführungsgesetze selbstverständlich Abweichungen mit sich bringt, die Pflicht, in Kenntnis der finanzpolitischen Realität seinen Entscheid zu fällen.

Heimann: Wir haben ein glänzendes Einführungsreferat von unserem Kommissionspräsidenten gehört, und zu wesentlichen Fragen haben Votanten bereits Stellung genommen. Ich beschränke mich darauf, einige Feststellungen zu machen.

Ernsthaft krank sein kostet heute in der Schweiz einen Haufen Geld, und wir wissen, dass weite Kreise unserer Bevölkerung das ernsthafte Kranksein sich überhaupt nicht mehr leisten können. Daher die panische Angst von vielen vor langwierigen und kostspieligen Krankheiten. Die Angst ist nicht auf mangelndes Vertrauen in die Kunst der Aerzte zurückzuführen, sondern lediglich auf die Frage: Was wird es kosten, und steht ein Spitalbett für mich zur Verfügung? Auf die Ueberarztung, wie sie heute in unserem Lande um sich gegriffen hat, ist bereits hingewiesen worden. Es kann deshalb kaum in Frage kommen, dass jeder Selbstbehalt für die Behandlung einer Krankheit oder eines Nichtbetriebsunfalles aufgehoben werden könnte.

In der Vielfalt der Vorschläge blieb an sich am wenigsten die Aufgabe umstritten, kostenintensive Behandlungen zu verbilligen. Unsere Massnahmen dürfen aber nicht zur vermehrten Hospitalisierung führen, weil

allenfalls die Verbilligung solcher Behandlungen nur in einem Spital möglich wird. Die ambulanten und die Heimbehandlungen, die auch kostenintensiv sein können, müssen ebenfalls verbilligt werden können. Mein Antrag geht in dieser Richtung. Ich werde mir gestatten, in der Detailberatung dazu weitere Ausführungen zu machen.

Bei der Durchführung scheint es mir selbstverständlich zu sein, dass der gut eingespielte Apparat der Krankenkassen eingesetzt wird. Die Krankenkassen können aber nicht erwarten, dass sie zur einzigen Drehscheibe des Einsatzes öffentlicher Mittel werden können. Die Finanzierung mit Lohnprozenten ist ausserordentlich bequem. Es ist an sich erstaunlich, dass in der Zeit einer derartigen Hochkonjunktur und der Steigerung der realen Löhne kein anderer Ausweg mehr besteht als Zwangsabzüge, um persönliche Ansprüche befriedigen zu können. Ich möchte Sie aber darauf aufmerksam machen, dass es mit dem Abzug von Lohnprozenten seine Grenzen hat. Die Arbeitnehmer beschwerten sich heute schon über die Abzüge. Auch zu dieser Frage werde ich mir gestatten, in der Detailberatung einige Zahlen vorzulegen. Eines ist sicher: Jedes Lohnprozent, werde es nun dem Arbeitnehmer oder dem Arbeitgeber abgezogen, wird in Form von Preiserhöhungen auf uns zurückkommen.

Zur Frage des Obligatoriums kann ich mich kurz halten. Ich schliesse mich den Ausführungen von Kollege Amstad an. Das Problem der Finanzierung der Behandlung langwieriger und kostspieliger Krankheiten ist jedoch derart ernsthaft geworden, dass es auch für mich eine Selbstverständlichkeit ist, auf die Vorlage einzutreten.

Eggenberger, Berichterstatter der Minderheit I: Leider hatte ich nur die Möglichkeit, an der ersten Sitzung der Kommission teilzunehmen. Ich danke dem Kollegen Weber, dass er für mich in die Kommission eingetreten ist.

Ich fühle mich verpflichtet, seinen Ausführungen noch einige Bemerkungen beizufügen. Ich will ohne weiteres zugeben, dass die Kommissionsmehrheit versucht hat, aus dem eigentlichen Tohuwabohu von Vorschlägen und Modellen eines auszuwählen, von dem sie glaubt, es sei richtig, tragbar und akzeptabel. Ich möchte auch dem Herrn Kommissionspräsidenten für die sachliche Darstellung der Auffassung der Kommissionsmehrheit meine Anerkennung aussprechen.

Dennoch muss ich sagen, dass mich und die Initianten überhaupt die Vorschläge der Kommissionsmehrheit in keiner Weise befriedigen können. Ich muss sagen, dass mich mit Bezug auf das zukünftige Schicksal der schweizerischen Krankenversicherung eine grosse Sorge beschleicht. Schon in der letzten Nummer der «Krankenkassenzeitung» ist angedeutet worden, dass die Möglichkeit eines doppelten Neins in der Volksabstimmung bestehe, ein Nein gegenüber der sozialdemokratischen Initiative, ein Nein aber auch gegenüber dem Vorschlag der Bundesversammlung. Das sind keine zukunftsreichen Perspektiven im Blick auf die Ausgestaltung unserer schweizerischen Krankenversicherung.

Ich möchte weiter feststellen, dass — Kollege Weber hat darauf hingewiesen — die Stellungnahme des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen heute vollständig abweicht von dem, was das gleiche Konkordat in der Petition des Jahres 1972 gefordert hat. Diese Petition ist immerhin von über 600 000 Mitgliedern von Krankenkassen unterzeichnet worden, und es fragt sich,

was repräsentativer ist, die Auffassung, die in dieser Petition enthalten ist, oder die Meinung, die jetzt einige Krankenkassenfunktionäre im Blick auf die Allianz, die geschlossen worden ist, geäußert haben. Ich möchte betonen, dass in dieser Petition das Vollobligatorium auch der Krankenpflegeversicherung gefordert worden ist. Weiter möchte ich betonen, dass man eine solidarische Kostentragung für alle gefordert hat, indem man 3 Lohnprozente erheben wollte. Davon scheinen nun wenigstens die Funktionäre abgewichen zu sein.

Ich habe Verständnis für referendumpolitische Ueberlegungen, und ich glaube, dass es schwierig sein könnte, gegen den vereinigten Widerstand von Aerzten und Krankenkassen eine Vorlage in der Volksabstimmung durchzusetzen. Das ist ohne weiteres einzuräumen. Aber ich weiss nicht, ob nicht doch der Inhalt der Petition eher den Auffassungen des Krankenkassenvolkes entspricht als das, was in der doch sehr interessen- und zweckgebundenen Allianz zwischen Aerzten und Krankenkassen ausgehandelt worden ist.

Im Blick auf diese Tatsachen habe ich persönlich auch die Meinung, dass gewisse Vorschläge der Kommissionsmehrheit einfach zu grossen Bedenken Anlass geben, Bedenken, die übrigens auch schon in der letzten Nummer der «Krankenkassenzeitung» angemeldet worden sind. Man ist offenbar dort nicht befriedigt von dem, was jetzt die Kommissionsmehrheit vorschlagen will. Ich habe die Meinung, dass gewisse Befürchtungen, die in der «Krankenkassenzeitung» ausgesprochen werden, gegenüber dem Vorschlag der Kommissionsmehrheit berechtigt sind. Man fürchtet wiederum um die Einheit der Versicherung. Man befürchtet eine Verschlechterung der Versicherungsdichte, indem man glaubt, dass vor allem junge Leute — also gute Risiken — der Krankenversicherung fernbleiben werden, wenn die Bezahlung von Heilanstaltsaufenthalten usw. auch für die Nichtversicherten durch die Vorlage der Kommissionsmehrheit gesichert würde. Man befürchtet, dass die freiwillige Restkostenversicherung dadurch risikowirtschaftlich schlechter und teurer werde; man behauptet in der Krankenkassenzeitung vom 16. September, der beabsichtigte Leistungsausbau der Krankenversicherung würde wieder in Frage gestellt, die Kostenexplosion im Spitalsektor würde nicht eingedämmt.

Was mich persönlich an der Lösung des Kommissionsvorschlages nicht befriedigt, sind vor allem drei wesentliche Gesichtspunkte: Zum einen sei erwähnt, dass ein Teil derjenigen, die es am nötigsten hätten, auch in Zukunft von der Krankenversicherung ausgeschlossen werden können, vor allem die Betagten, von denen schätzungsweise nur 50 Prozent einer ausreichenden Krankenversicherung angeschlossen sind. Im Protokoll der ersten Kommissionssitzung steht auch zu lesen, dass von den Insassen der bernischen psychiatrischen Kliniken nur 35 Prozent einer Krankenkasse angeschlossen seien; das sind also offenbar Leute, die die nötige Verantwortung für sich selber nicht hatten.

Das Postulat, das die Kommission ihren Vorschlägen anschliesst, ist an und für sich zu begrüßen. Dennoch wäre es besser gewesen, wenn man in der Verfassungsvorlage selbst dafür gesorgt hätte, dass auch die Alten und jene, die z. B. aus dem Ausland in die Schweiz zurückkehren oder die nur mit Vorbehalten in die Krankenkassen aufgenommen wurden, zu einer vollen, alle Kosten deckenden Krankenversicherung gekommen wären; das wäre mit dem Obligatorium der Krankenpflegeversicherung möglich.

Was mich ferner stört, ist das Fehlen jedes Versicherungsobligatoriums. Ich halte dafür, dass der Weg über das Beitragsobligatorium kein eleganter Weg sei, gerade weil auch die Nichtversicherten zur Bezahlung von Beiträgen verpflichtet werden, dann aber auch Anspruch auf gewisse Leistungen in bestimmten Fällen haben; die Befürchtung der Krankenkassen, dass man dem Flimsler Modell zum mindesten wieder nahegerückt sei, ist nicht unbegründet.

Ich will nun nicht lange zitieren, was die «Krankenkassenzeitung» in ihrer letzten Nummer zum Vorschlag der ständerätlichen Kommission alles geschrieben hat; ich nehme an, es sei vor allem Aufgabe der Kommissionsmehrheit, zu diesem Vorhalten Stellung zu nehmen. Immerhin wird hier erklärt, dass durch den Vorschlag der ständerätlichen Kommissionsmehrheit die soziale Bedeutung der Krankenversicherung wieder herabgewürdigt werde zu einer mehr wirtschaftlichen Frage. Es ist ganz klar, dass die wirtschaftliche Tragfähigkeit vorhanden sein muss, aber Herrn Honegger möchte ich doch daran erinnern, dass diese Frage bei jedem Sozialversicherungsproblem aufgetaucht ist. Man hat seinerzeit auch bei der AHV erklärt — sie sei für die Wirtschaft nicht tragbar —, und nun sieht man, dass sie durchaus tragbar ist.

Der grosse Fehler der Vorlage der Kommissionsmehrheit liegt meines Erachtens darin, dass man in der Verfassung die Erhebung des Lohnbeitrages auf 2 Prozent limitieren will. Diese Limitierung halte ich für die künftige Entwicklung der Krankenversicherung für unmöglich. Wenn es so herauskommt, wie es bisher der Fall war, dass nämlich die Krankenpflegekosten wesentlich stärker ansteigen als die Löhne, wird es mit der Zeit nicht möglich sein, mit diesen 2 Prozent einigermassen auszukommen, sondern dann wird eine Ueberwälzung der Kosten auf die Patienten, auf die Versicherten, in einem für weite Kreise untragbaren Ausmass stattfinden müssen. Das ist ein weiterer Vorwurf, den ich der Vorlage der Kommissionsmehrheit gegenüber erheben muss, dass fatale Auswirkungen auf die Prämienhöhe entstehen müssten, wenn die Krankenpflegekosten nur einigermassen in gleichem Sinne ansteigen wie bisher, d. h. höher ansteigen als die Löhne gestiegen sind und in der Zukunft steigen werden.

Der Vorschlag der Kommissionsmehrheit ist auch in der bürgerlichen Presse zum Teil gar nicht gut aufgenommen worden. Die «Basler Nachrichten» schrieben von einem Vorschlag, der «unsozial, freiwillig und kompliziert» sei. Es wurde dort auch der Ausdruck gebraucht, die Krankenversicherung sei ihres sozialen Kleides entblösst worden. Nun ist es richtig, dass sie das Wörtchen «sozial» aus dem Vorschlag des Bundesrates herausgestrichen haben. Ich weiss nicht, ob das irgendwie symptomatisch ist. Ich bin durchaus der Auffassung, dass es nicht auf solche Wörtchen ankommt, sondern auf den sachlichen Gehalt einer Vorlage, ob diese sozial sei oder nicht. Sie haben diesen Streichungsantrag — soweit ich sehen konnte — einer Eingabe des Zentralverbandes Schweizerischer Arbeitgeberorganisationen entnommen; einer Eingabe, die ich als sozialdemokratisches Mitglied der Kommission sonderbarerweise nicht erhalten habe. Nur die bürgerlichen Mitglieder wurden als würdig befunden, diese Eingabe entgegenzunehmen. Ich habe das schon als etwas kleinlich empfunden. (Sie können die Reihe der Adressaten auf der Eingabe selber nachsehen, Herr Honegger, dann werden Sie den Namen Eggenberger nicht finden.) Wahrscheinlich hat

man angenommen, dass die Zustellung dieser Eingabe an mich zum voraus ein Versuch am untauglichen Objekt wäre, womit man nicht Unrecht hatte.

Ich werde mir gestatten, bei der Detailberatung noch zwei Anträge zu begründen, nämlich das Obligatorium wenigstens für die Krankengeldversicherung und die Unfallversicherung jetzt einzuführen. Es ist ganz klar, dass wir der jetzigen Vorlage im Namen der Initianten nicht zustimmen können, wir müssten an der Initiative festhalten.

Arnold: Ich gehe mit Herrn Eggenberger darin ein, dass man von der Neuordnung der Krankenversicherung nicht bloss einen Ausbau der Leistungen erwartet, sondern auch eine bessere, soziale Verteilung der Lasten. Ich möchte ihnen ganz kurz darlegen, wie Ihre Kommission versucht hat, diesen Grundsatz eines besseren Lastenausgleiches zu verwirklichen, nämlich bei allen drei Finanzierungsquellen. Ihre Kommission schlägt Ihnen in Uebereinstimmung mit der sozialdemokratischen Initiative Lohnprozente vor, wenn auch in beschränkter Höhe. Es dürfte unbestritten sein, dass Lohnprozente nach dem Grundsatz des Lastenausgleiches erhoben werden. Immerhin wurden in letzter Zeit in der Presse Bedenken angemeldet, ob die Lohnprozente wirklich die sozialste Art des Lastenausgleiches seien. Ihre Kommission war darum vielleicht gut beraten, wenn sie den Lastenausgleich über Lohnprozente kombinierte mit anderen Formen des Lastenausgleiches.

Die zweite Finanzierungsquelle sind die Individualprämien. Auch hier achtete Ihre Kommission darauf, dass das Postulat des Lastenausgleiches verwirklicht wird. Der Antrag der Kommission lautet ausdrücklich und wörtlich: «Bund und Kantone haben dafür zu sorgen, dass sich die wirtschaftlich schwächeren Bevölkerungsgruppen zu tragbaren Bedingungen versichern können.» Die Subventionen von Bund und Kantonen sollen also in Zukunft gezielt im Sinne des Lastenausgleiches eingesetzt werden.

Die dritte Finanzierungsquelle ist die Kostenbeteiligung der Versicherten in der Form der Franchise oder des Selbstbehaltes. Auch hier soll — nach dem Antrag der Kommission — ein gewisser Lastenausgleich verwirklicht werden. Der Kommissionsantrag spricht ausdrücklich von einer angemessenen Beteiligung der Versicherten an den Krankheitskosten. Die Formulierung «angemessene Beteiligung» erlaubt in der Gesetzgebung einer Abstufung der Franchise und des Selbstbehaltes nach sozialen Gesichtspunkten.

Ich bin für Eintreten.

Hofmann, Berichterstatter: Da ich Herrn Bundesrat Tschudi nicht zumuten möchte, auf einzelne Behauptungen der Herren Weber und Eggenberger zu antworten, möchte ich ihm das abnehmen.

Die beiden Herren haben reichlich zitiert, und es ist Herrn Weber gelungen, ein Zitat aus dem CVP-Informationsdienst zu finden, das gegen mich spricht. Ich muss Ihnen sagen, ich habe dieses Bulletin nicht gelesen, habe überhaupt die wenigsten Bulletins gelesen über die Arbeit und das Ergebnis der Kommission. In dieser Materie können Sie Zitate für alles und gegen alles finden. Herr Eggenberger erwähnt Mitteilungen der Tagung der Aerzte und Krankenkassen und Aeusserungen in der letzten «Krankenkassenzeitung». Ich könnte frühere Zitate herausgreifen, als man das Ergebnis der Kommission bei diesen Organisationen begrüsst, allerdings mit

der mehr als treuherzigen Bemerkung, «alle unsere Wünsche wären nicht erfüllt;» wie wenn es auf diesem Gebiet oder überhaupt auf dem Gebiet der Politik eine Möglichkeit gäbe, alle Wünsche von Organisationen zu erfüllen. Ich bin der Meinung, es wäre, was diese beiden Organisationen durch ihre gut ausgebauten Informationsdienste in letzter Zeit publiziert haben, manches besser unterblieben.

Die Kommission hat sich nicht einfach den Vorschlägen der Allianz angeschlossen. Hätten wir das getan, würde man uns den Vorwurf machen, wir hätten uns eigenes Denken und Ueberlegen erspart und wir hätten einfach einen vielleicht einigermassen passenden Vorschlag übernommen. Das wollten wir nicht, und ich sage ganz offen, aufgrund eingehender Ueberlegungen und aufgrund auch der Erkenntnis, dass Vorschläge auch solcher Organisationen kritisch überdacht sein müssen. Nicht alles, was die Organisationen uns unterbreitet haben, entspricht nur altruistischen Motiven.

Herr Weber, Sie behaupten, nachdem Sie Zitate pro und contra gesammelt haben, das Chaos sei perfekt. Dem muss ich widersprechen, wir haben sehr klare Fronten und Linien. Das hat unsere heutige Eintretensdebatte bestätigt; sie hat eigentlich das Bild, das wir in der Kommission hatten, wiederholt. Die Geister trennen sich vorab im entscheidenden Punkte: Voll- oder Teilobligatorium ja oder nein, und dass wir uns da unterscheiden, das habe ich bereits im Eintretensreferat als durchaus natürlich und verständlich bezeichnet. Die Kommission hat sich sehr einlässlich mit der Frage eines Obligatoriums befasst, und wir gingen an einer ersten oder zweiten Sitzung unentschlossen auseinander. Mir persönlich machte es einige Mühe, bis ich den Gegenentwurf des Bundesrates mit dem Grossrisiko überwunden hatte; ich gebe das freimütig zu. Es ist also nicht etwa leichthin so gegangen, aber schlussendlich sind wir — und dazu stehe ich — zu einer klaren Alternative gelangt, zu einer klareren gegenüber der SP-Initiative, als es der Gegenvorschlag des Bundesrates darstellt. In diesem ein Teilobligatorium, in unserem Vorschlag kein Obligatorium. Ich glaube deshalb, dass diese grundsätzliche Entscheidung nun fallen muss; dass nicht ein Chaos besteht, beweist auch der Umstand, dass wir in dieser wichtigen, viel diskutierten Angelegenheit sehr wenig Abänderungsvorschläge vor uns haben.

Wenn Herr Weber gesagt hat, das Kopfprämien-system sei das ungerechteste, so trifft das nur dann zu, wenn es nicht sozial ausgestaltet wird. Wir werden in der Detailberatung dazu kommen, dass die Kommission diesbezüglich Vorschläge macht, von denen sie überzeugt ist, dass sie sozial sind.

Herr Eggenberger macht uns besonders drei Vorwürfe. Das Fehlen jeglichen Obligatoriums: Dazu habe ich mich geäußert. Er beanstandet, dass das Problem der Betagten und der mit Vorbehalt Versicherten in der Verfassung in unserem Vorschlag nicht geregelt werde. Wir kommen darauf zurück. Ich werde dartun, warum wir keine Verfassungsbestimmung vorschlagen — übrigens im Einvernehmen mit dem Bundesrat —, sondern dass und warum wir den Weg über das Postulat gewählt haben.

Der dritte Vorwurf betrifft die Frage der Limitierung. Auch darüber werden wir noch einlässlich sprechen. Meinerseits ist das der Hauptvorwurf gegenüber der Initiative: Finanzierung der Krankenversicherung schlechthin über Lohnprozente mit der Folge, dass

diese Lohnprozente mit der Zeit einen Grad erreichen, der für die Erwerbstätigen, hauptsächlich für unsere jungen Mitbürgerinnen und Mitbürger, untragbar wird, und ferner, dass nach diesem einfachen Wege die Kostenexplosion in den Spitälern in keiner Weise gebremst würde. Ich gebe zu: Jedes Obligatorium hat an und für sich gewisse Vorteile. Aber in diesem Umfang jedenfalls, wie es die Initiative vorschlägt, geht das Obligatorium zu weit und birgt nach meiner bestimmten Ueberzeugung grosse Gefahren in sich.

Ich ersuche Sie, den Vorschlägen der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

Bundesrat Tschudi: Es liegt mir am Herzen, festzustellen, dass die Arbeit Ihrer Kommission grosse Anerkennung verdient. Unter der vorzüglichen Leitung von Herrn Ständerat Dr. Hofmann hat sie nicht nur ein grosses quantitatives Pensum bewältigt, sondern sich auch mit Fachkunde und mit bestem Willen bemüht, eine befriedigende Lösung zu finden. Ist ihr dies gelungen? Es wäre meines Erachtens verfrüht, diese Frage abschliessend zu beantworten. Schon vor zehn Jahren, bei Beratung der Teilrevision des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes, habe ich in den eidgenössischen Räten die Krankenversicherung als das Sogenkind unserer Sozialversicherungseinrichtungen bezeichnet; diese Stellung hat sie behalten.

Die enormen Schwierigkeiten rühren vor allem daher, dass in der öffentlichen Meinung — nun auch hier im Rat — Auffassungsverschiedenheiten über den grundsätzlichen Aufbau der Krankenversicherung bestehen, während bei andern Versicherungswerken die Auseinandersetzungen sich im allgemeinen auf quantitative Fragen beschränken und nicht prinzipielle Punkte betreffen. In seinem ausgezeichneten Referat hat Herr Ständerat Hofmann darauf hingewiesen, woher diese Tatsache rührt. Einen Lichtblick, den wir immerhin erkennen liegt im Verständigungsvorschlag von Aerztesverband und Krankenkassenkonkordat. Ich habe seit Jahren zu dieser guteidgenössischen Zusammenarbeit und Kompromissbereitschaft gemahnt. Deshalb begrüesse ich diese Bemühungen nach einvernehmlichen Lösungen. Dennoch wird man nicht darauf verzichten können, darzulegen, dass Aerzte und Krankenkassen nicht die einzigen Parteien sind, die an der Krankenversicherung interessiert sind. Versicherte oder Prämienzahler, Arbeitgeber, Kranke und die mit grossen Subventionsleistungen belasteten öffentlichen Gemeinwesen — Bund, Kantone und Gemeinde — sind ebenfalls Beteiligte.

Warum schlagen wir trotz dieser Schwierigkeiten eine Revision des Verfassungsartikels 34bis vor? Als erste Antwort muss gesagt werden — wie verschiedene Redner es betont haben —, dass der geltende Artikel 34bis dem Bund eine umfassende Gesetzgebungskompetenz auf dem Gebiete der Kranken- und der Unfallversicherung erteilt, wobei der Bund die Versicherung allgemein oder für bestimmte Teile der Bevölkerung obligatorisch erklären kann; unsere freisinnigen Vorväter, unter Führung des bekannten späteren Bundesrats Forrer, haben also das Obligatorium vorgesehen! Dieser Artikel ist 1890 mit sehr grosser Mehrheit angenommen worden. Durch seine Einfachheit und Klarheit sticht er positiv hervor sowohl im Vergleich zur sozialdemokratischen Initiative als auch zum Gegenvorschlag des Bundesrats oder zum Vorschlag Ihrer Kommission; Herr Ständerat Amstad hat das mit Recht

unterstrichen. Alle Regelungen, die durch diese neuen Texte auf Gesetzesebene eingeleitet werden sollen, können aufgrund des geltenden Verfassungsartikels erlassen werden. Gestützt auf diese Feststellung wäre man geneigt, eine Revision von Artikel 34bis als überflüssig zu bezeichnen. Sofort muss beigefügt werden, dass aber unsere Krankenversicherung trotz diesem guten Verfassungsartikel, dieser günstigen strukturellen Verfassungsgrundlage, sich nicht richtig entwickelt hat und in höchstem Masse revisionsbedürftig ist, wie das eindeutig aus der Diskussion in Ihrem Rat hervorgeht.

Das Kranken- und Unfallversicherungsgesetz stammt aus dem Jahre 1911, also aus einer Epoche, in der die wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse sich stark von den heutigen unterschieden und in der die diagnostischen und die therapeutischen Möglichkeiten der medizinischen Wissenschaft noch bei weitem nicht den heutigen Stand erreicht hatten. Die einzige Teilrevision der Krankenversicherung von 1964 brachte einige Verbesserungen; sie war als Vorläufer einer grundlegenden Neuordnung gedacht. Die Unfallversicherung erfuhr seit über 60 Jahren ebenfalls keine wesentliche Aenderung; nur zwei Drittel der Arbeitnehmer sind obligatorisch bei der SUVA versichert.

Die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Revision unserer Krankenversicherungsgesetzgebung wurde heute allgemein hervorgehoben. Der soziale Schutz bei Krankheit ist ungenügend; den gesundheitspolitischen Zielsetzungen wird zu wenig Rechnung getragen, und die finanzielle Ordnung ist für die Versicherten, für die öffentliche Hand und für die Krankenkassen unbefriedigend. Auch vom Standpunkt der Aerzte aus können berechtigte Kritiken gegen das jetzige System erhoben werden. Besonders bedenklich ist die Stellung der Familien in unserer Krankenversicherung, weil sie individuelle Fixbeiträge erhebt und kaum einen Sozialausgleich kennt.

Das Eidgenössische Departement des Innern hat 1967 eine Expertenkommission eingesetzt mit dem Auftrag, eine umfassende Revision des Abschnitts über die Unfallversicherung des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes vorzubereiten. Der Bericht ist demnächst zu erwarten; die Kommission hat ihre Arbeiten abgeschlossen. Ferner wurde 1969 einer Expertenkommission der gleiche Revisionsauftrag der Krankenversicherung erteilt. 1970, im folgenden Jahr, hat die Sozialdemokratische Partei die Volksinitiative für die soziale Krankenversicherung eingereicht. Wir entschlossen uns, dennoch, trotz dieser Initiative, die Arbeiten der Expertenkommission weiterzuführen, weil der geltende Verfassungsartikel 34bis, wie wiederholt gesagt, dem Bund so weitgehende Gesetzgebungskompetenzen einräumt, dass er jede gewünschte Reform zulässt. Es bestand somit die Absicht, der sozialdemokratischen Initiative einen Gegenvorschlag auf der Gesetzesstufe gegenüberzustellen. Dieses Vorgehen hätte den Vorzug gehabt, rascher zu einer Neuregelung zu gelangen als über den Weg einer Verfassungsrevision, auf die dann noch die Gesetzesrevision folgen muss. Das Ergebnis der Expertenberatungen wurde vor 1½ Jahren publiziert und ist unter der Bezeichnung «Flimser Modell» bekannt geworden. Die Aufnahme dieses Berichts im Vernehmlassungsverfahren war in der zentralen Frage des Obligatoriums und der Finanzierung der Krankenpflegeversicherung sehr unterschiedlich. Nahezu je ein Drittel der Stellungnahmen unterstützte das Flimser Modell, verlangte eine vollobligatorische Krankenver-

sicherung oder wollte bei der bundesrechtlich freiwilligen Versicherung bleiben. Es teilten sich also die Meinungen ziemlich genau in drei gleiche Blöcke. Obwohl also zwei dieser Blöcke, also rund zwei Drittel der Vernehmlassung, ein bestimmtes Obligatorium in der Krankenpflegeversicherung mit teilweiser oder gänzlicher lohnprozentualer Finanzierung befürworteten, bestanden doch zu grosse Divergenzen, um innert der für die Behandlung der Initiative zur Verfügung stehenden Frist eine ausgewogene Gesetzesvorlage ausarbeiten zu können.

Von den im Vernehmlassungsverfahren eingereichten Alternativnovellen hielt keines einer nähern Prüfung stand.

Die Vorschläge, welche eine obligatorische Krankenversicherung ablehnen, streben den verstärkten Sozialausgleich über öffentliche Mittel an. Bund und Kantone müssten nach diesen Modellen jährlich zwischen 1,1 und 1,9 Milliarden Franken in die Krankenversicherung einwerfen; diese Mittel könnten von Bund und Kantonen nicht aufgebracht werden.

Herr Ständerat Luder bezweifelt diese Zahlen. Er ist aber auch nicht in der Lage, darzulegen, dass diese Modelle anders finanziert werden könnten oder bei gleichen oder einigermaßen gleichwertigen Leistungen nicht zu diesen Kosten führen würden. — Herr Ständerat Luder hat sich danach erkundigt, was die öffentliche Hand künftig, nach einer Revision, für die Krankenversicherung aufzubringen habe. Die Zahlen sind relativ einfach. Ich nenne Ihnen die Schätzungen für das Jahr 1976, also einen Zeitpunkt, in dem die Neuregelung in Kraft treten könnte. Aendern wir nichts, belassen wir es bei der heutigen Regelung, dann werden sich die Kosten für die öffentliche Hand auf 905 Millionen Franken belaufen. 905 Millionen Franken für ein System, das niemanden befriedigt und die sozialen Probleme nicht richtig löst; wobei zu sagen ist, dass von dieser Summe der Bund etwa 80 Prozent bezahlt und die Kantone 20 Prozent.

Interessant ist, dass (weil sie ungefähr gleiche Leistungen vorsehen) Flimser Modell, sozialdemokratische Initiative, Antrag des Bundesrates und Antrag der ständerätlichen Kommission, die gleich hohen öffentlichen Belastungen bringen werden, nämlich schätzungsweise 1,147 Milliarden Franken. Alle diese vier Modelle also bringen für die öffentliche Hand (Bund und Kantone zusammengerechnet) Kosten von schätzungsweise 1,147 Milliarden Franken, wobei die Verteilung zwischen Bund und Kantonen noch zu regeln wäre. Das wird auf dem Gesetzgebungsweg erfolgen. Die Neuregelung führt also ungefähr — gegenüber dem jetzigen System — zu 200 Millionen Franken Mehrkosten.

Dabei ist zu sagen, dass tendenziell das Modell der ständerätlichen Kommission für die öffentliche Hand teurer zu stehen kommt als der Vorschlag des Bundesrates und der sozialdemokratischen Initiative. Sobald Sie die lohnprozentualen Beiträge beschränken — Sie können die Kostenexplosion eindämmen, aber Sie können sie nicht völlig verhindern —, verschiebt sich die Belastung auf den anderen Teil, auf die Individualprämien, und an die Individualprämien erwarten auch Sie und erwartet jedermann Subventionen, mindestens an die Individualprämien der bescheidenen Leute mit kleinem Einkommen. Hier besteht bei einer weiteren Ausdehnung der Kosten, auf längere Sicht gesehen, eine gewisse Gefahr der stärkeren Belastung nicht nur der individuellen

Prämienzahler — das ist selbstverständlich —, sondern auch der öffentlichen Hand. Man kann dem weitgehend entgegensteuern durch den Vorschlag, den Ihre Kommission bringt, den auch Herr Ständerat Honegger heute sehr unterstrichen hat, nämlich durch die Franchise, indem bestimmte kleinere Leistungen durch die Versicherung nicht gedeckt werden. Die Franchise wirkt der Kostenexplosion entgegen.

Der Bundesrat kann aus den Gründen, wie sie in der Botschaft dargelegt werden, der sozialdemokratischen Initiative nicht zustimmen. Da die Frist zur Berichterstattung über diese Initiative Ende März abgelaufen ist, blieben nur zwei Möglichkeiten offen: Entweder einen Gegenentwurf auf Verfassungsebene vorzuschlagen (da ein solcher Text, der nur die wesentlichsten Grundsätze festlegt, rasch ausgearbeitet werden konnte), oder aber auf einen Gegenentwurf zu verzichten, um nun die Absicht zu klären, dass die Arbeiten im Hinblick auf ein neues Gesetz speditiv gefördert werden sollen. Mehrere Motionen, so auch eine von Ihrem Kommissionspräsidenten, Herrn Ständerat Hofmann, dann im Nationalrat von den Herren Nationalräten Blatti und Naegeli, verlangen einen Verfassungsentwurf des Bundesrates. Die gleiche Auffassung vertreten die kantonalen Sanitäts- und die kantonalen Finanzdirektoren. Infolgedessen haben wir in Verbindung mit einer Expertengruppe einen Vorschlag für einen neuen Artikel 34bis ausgearbeitet. Dabei waren vor allem folgende Erwägungen massgebend:

Die jetzige Regelung der Krankenversicherung ist höchst unbefriedigend. Bei dieser Sachlage hat die Regierung die Pflicht, dem Gesetzgeber einen Vorschlag zu unterbreiten, der zu einer zweckmässigen Lösung führen kann. Sie darf sich dieser Verantwortung nicht entziehen und lediglich die Ablehnung einer Volksinitiative beantragen; einer Volksinitiative, die ein echtes und schwerwiegendes Problem aufgreift. Zwar genügt der geltende Artikel 34bis als verfassungsrechtliche Grundlage für eine Neuordnung der Kranken- und Unfallversicherung. Der Fortschritt, den der Gegenvorschlag des Bundesrates bringt, liegt darin, dass anstelle einer Kompetenznorm ein klares sozialpolitisches Programm und damit ein entsprechender Auftrag an den Gesetzgeber tritt. Vorbild für unseren Vorschlag ist der AHV-Artikel vom 3. Dezember 1972. Nehmen Volk und Stände den neuen Verfassungsartikel an, so ist der Rahmen festgelegt, innert welchem die eidgenössischen Räte das Kranken- und Unfallversicherungsgesetz zu schaffen haben.

Der Bundesrat ist nach wie vor überzeugt, dass mit seinem Vorschlag die wichtigsten sozialen und finanziellen Probleme auf dem Gebiete der Kranken- und Unfallversicherung gelöst werden könnten: Schutz der gesamten Bevölkerung vor den finanziellen Folgen schwerer Krankheiten, Entlastung der Kantone und Gemeinden von untragbaren Spitalkosten, freie Arztwahl der Patienten und Behandlungsfreiheit der Aerzte, dezentralisierte Durchführung der Krankenversicherung, Unfallversicherung für sämtliche Arbeitnehmer, wobei die Neugestaltung der Versicherung dem Gesetzgeber überlassen bleibt.

Ihre Kommission stimmte dem Vorschlag des Bundesrates in wichtigen Teilen zu. Es handelt sich um folgende Materien, bei denen keine wesentlichen materiellen Aenderungen beantragt werden. Einmal Absatz 2 Buchstabe c, bzw. neu Buchstabe b: Das Obligatorium der Krankengeldversicherung für Arbeit-

nehmer und allenfalls für weitere Bevölkerungsgruppen, und die hälftige Uebernahme der Prämie durch die Arbeitgeber. Allerdings wurde von Ihrer Kommission «kann» an Stelle von «ist» gesetzt; sofern der Wille besteht, ein Obligatorium einzuführen — wie Herr Ständerat Amstad das dargelegt hat —, ergibt sich im Resultat kein Unterschied. Immerhin handelt es sich nach meiner Meinung um eine nicht nötige Abschwächung.

Dann besteht Uebereinstimmung im wesentlichen bei Absatz 3: Obligatorium der Unfallversicherung für Arbeitnehmer, Möglichkeit der Ausdehnung des Obligatoriums auf weitere Bevölkerungskreise und die Betriebsunfallversicherung zu Lasten der Arbeitgeber. Allerdings wurde auch hier — wie vorhin — die «Kann»-Form gewählt, also eine gewisse Abschwächung. — Dann besteht völlige Uebereinstimmung bei Absatz 4: Verpflichtung des Bundes, für eine wirtschaftliche Durchführung der Versicherung zu sorgen, die gesamtschweizerische Spitalplanung zu unterstützen und die Prophylaxe zu fördern; ein sehr wichtiger Absatz, der in der Gesetzgebung ausgeführt werden muss, aus den Erwägungen, die vor allem Herr Ständerat Andermatt heute vormittag dargelegt hat.

Ich möchte diese grundsätzliche Zustimmung zu sozialpolitisch wichtigen Teilen der bundesrätlichen Vorlage anerkennend hervorheben und auch dankbar begrüssen. Durch die Verwirklichung dieser neuen Verfassungsbestimmungen — Obligatorium der Unfallversicherung, Obligatorium der Krankengeldversicherung, wirtschaftliche Durchführung, Spitalplanung usw. — wird unsere Sozialversicherung einen beachtlichen Ausbau und bedeutende Verbesserungen erfahren.

Diese Hinweise erscheinen mir als unerlässlich, weil die Krankengeld- und Unfallversicherung wie auch die Verhütung von Krankheiten und Unfällen in der Diskussion völlig in den Hintergrund gedrängt wurden durch die homerischen Wortkämpfe um die Krankenpflegeversicherung. Sozialpolitisch sind auch die Krankengeldversicherung und die Unfallversicherung von sehr grosser Bedeutung.

Eine besonders gründliche Prüfung der Krankenpflegeversicherung ist wichtig, weil sie der kostspieligste Teil der Krankenversicherung ist und weil dieser Sektor auch in anderen Ländern noch keine völlig befriedigende Regelung gefunden hat. Wenn auch unsere Krankenpflegeversicherung einige archaische Züge aufweist und wegen ihrer Familienfeindlichkeit nicht mehr in unsere Epoche passt, so dürfen wir doch festhalten, dass die Schweiz nicht als einziges Land Schwierigkeiten hat, eine angemessene Lösung der Krankenpflegeversicherung zu realisieren.

Ist der Entwurf der ständerätlichen Kommission zu Absatz 2, Krankenpflegeversicherung, besser, und ist er in der Volksabstimmung aussichtsreicher als der Gegenvorschlag des Bundesrates? Wie werden ihn die Stimmbürger beurteilen, wenn sie ihn mit dem geltenden Text von Artikel 34bis vergleichen? Es sind immer die beiden Vergleiche zu machen, mit der Initiative bzw. mit dem bundesrätlichen Vorschlag, aber auch mit dem jetzigen Text. Es erscheint mir zurzeit noch nicht möglich, hierüber eine schlüssige Aussage zu machen. Dagegen müssen wir prüfen, inwieweit der Kommissionsvorschlag den wichtigsten sozialpolitischen Zielsetzungen der Revision entspricht, also zur Frage der Entlastung der Familie, zur Frage besserer Schutz der nicht oder nicht genügend versicherten Bevölkerungsschichten, insbeson-

dere der Betagten, und dann die Frage Entlastung der Kantone und Gemeinden von untragbaren Spitallasten.

Zur ersten Frage: Entlastung der Familie. Die Entlastung der Familie erfolgt durch den zweiprozentigen Beitrag, der nach den Grundsätzen der AHV erhoben wird. Das AHV-Prinzip ergibt einen sozialen Ausgleich, weil die Beiträge proportional zum Einkommen erhoben werden und also der Familienvater nicht mehr bezahlt als der Ledige mit dem gleichen Lohn. Die finanziellen und sozialen Auswirkungen der Selberversicherung mit dem zweiprozentigen obligatorischen Beitrag kommen in ihrer Wirkung dem Entwurf der Expertenkommission, der als Flimser Modell bekannt ist, nahe. Diese von Ihrer Kommission vorgeschlagene Spitalkostenversicherung des Flimser Modells hätte mit einem Beitrag von rund 2 Lohnprozenten finanziert werden können. Somit hätte wahrscheinlich im Krankenversicherungsgesetz dieser zweiprozentige Ansatz festgelegt werden können. Fraglicher ist es, ob eine solche Ziffer in der Bundesverfassung verankert werden solle, da deren Bestimmungen für lange Zeit Geltung haben sollen und nicht raschen Revisionen unterliegen dürfen. Der Vorschlag Ihrer Kommission kommt einer verfassungsrechtlichen Festlegung des Flimser Modells ziemlich nahe. Da der Bundesrat dieses Modell für einen wesentlichen Fortschritt hielt, muss er grundsätzlich die gleiche Beurteilung auf die Formulierung Ihrer Kommission anwenden. Die Problematik liegt aber darin, dass an ein revidierbares Gesetz ein anderer Massstab angelegt werden darf als an eine Verfassungsbestimmung. Diese sollte auf weite Sicht konzipiert sein und entsprechende Möglichkeiten offenlassen. Es kann aber auch nicht verschwiegen werden, dass ein vielfach vorgetragener Einwand gegen das Flimser Modell dazu beigetragen hat, dass es nicht weiterverfolgt werden konnte, und der darin bestand, dass erklärt wurde, es entlaste die Familien in bescheidenen Verhältnissen noch zu wenig, die Prämie für die Krankenkasse würde trotz der neuen Spitalversicherung nicht reduziert werden. Das war der Einwand der Krankenkassen. Sofern dieser Einwand gegenüber dem Flimser Modell zutrifft, gilt er auch gegenüber dem Vorschlag der ständerätlichen Kommission und auch gegenüber dem sogenannten Allianzvorschlag.

Ein weiterer Einwand gegen das Flimser Modell, der sein Gewicht hatte, richtete sich gegen die Beschränkung auf die Spitalkostenversicherung. Man befürchtete, dass diese Lösung der überdurchschnittlichen Steigerung der Spitalkosten nicht entgegenwirke, sondern die Spitalkosten noch begünstige, eine Befürchtung, die auch heute in Ihrem Rat mit Recht laut wurde. Bekanntlich hat der Bundesrat diese Kritik berücksichtigt und im Gegenentwurf der sozialdemokratischen Initiative nicht eine Spitalversicherung, sondern eine Grossrisikoversicherung, eine Versicherung für Heilanstaltsbehandlung und ähnliche aufwendige Untersuchungen und Behandlungen vorgeschlagen. Auch dieser Vorschlag wurde vehement angegriffen, und es wurden ihm nachteilige Folgen zugeschrieben, die ihm gar nicht zukommen würden. Sicher ist die Umschreibung des Grossrisikos für den Gesetzgeber nicht einfach; wir sehen das heute wieder. Ihre Kommission schlägt auch eine der Grossrisikoversicherung nahekommende Regelung vor, wobei die Herren Ständeräte Honegger und Heimann neue Formulierungen für die Eingrenzung dieses sogenannten Grossrisikos beantragen. Das soziale Bedürfnis nach einer solchen Regelung, das heisst nach einer Deckung der grossen Schäden ist so klar, dass auch Ihre Kommis-

sion auf diesen Vorschlag zurückgekommen ist, indem sie Leistungen zugunsten der ganzen Bevölkerung, also nicht nur der Versicherten, insbesondere für die Heilanstaltsbehandlung gewähren will. Auch hier wird sich das Abgrenzungsproblem stellen. Welche Leistungen sind nach dem Kommissionsvorschlag über die Spalkosten hinaus zu decken? Dazu kommt, dass mit einem Beitrag von 2 Prozent der Löhne keineswegs die gesamten Spalkosten übernommen werden können, sondern zurzeit nur etwa drei Viertel dieser Kosten. Dies war von Ihrer Kommission beabsichtigt, um die Kostenexplosion zu bremsen, wie das der Herr Kommissionspräsident eindrücklich dargelegt hat. Doch ist sehr fraglich, ob noch Mittel übrigbleiben würden, um das Wort «insbesondere» dieses Vorschlags zu honorieren, also um Beiträge für bestimmte ambulante Behandlungen und für die Hauspflege auszurichten. Die «Grossrisikoversicherung» gemäss Kommissionsvorschlag müsste sich wohl wegen fehlender Mittel auf Spitalleistungen beschränken.

Nun zum zweiten Punkt: Besserer Schutz der nicht oder nicht genügend versicherten Bevölkerungsschichten, insbesondere der Betagten. Dieses Ziel würde beim bundesrätlichen Vorschlag dadurch erreicht, dass jedermann gegen grosse Risiken versichert wäre. Diese Leistungen kämen auch den heute nicht oder ungenügend versicherten Betagten zugute. Eine eindeutige Antwort kann aufgrund des Kommissionsvorschlags nicht erteilt werden. Er enthält ein Beitragsobligatorium und ein etwas verdecktes Leistungsobligatorium. Die aus den zweiprozentigen Beiträgen fliessenden Einnahmen sind — mit Recht nach meiner Meinung — für die ganze Bevölkerung zu verwenden, weil auch die ganze Bevölkerung die 2 Prozent bezahlt. In welcher Form dieses verdeckte Obligatorium spielen würde, ist offen. Eine befriedigende Lösung wird nicht leicht zu finden sein. Wird es möglich sein, genügende Leistung den Nichtversicherten, also den Nicht-Krankenkassenmitgliedern, den Versicherten mit Vorbehalten usw. zukommen zu lassen? Wie soeben erwähnt, liesse sich die Regelung ungefähr gemäss Flimser Modell denken.

Die dritte Frage kann am positivsten beantwortet werden, nämlich am positivsten dürfte die Frage nach der Entlastung der Kantone und Gemeinden von Spitallasten beantwortet werden können. Wenn die Einnahmen aus den Lohnprozenten nach dem Vorschlag Ihrer Kommission insbesondere für die Heilanstaltsbehandlung der ganzen Bevölkerung eingesetzt werden, sollte es möglich sein, erheblich grössere Beiträge für Spitalaufenthalte zu bezahlen, als die Krankenkassen heute aufbringen können. Meines Erachtens muss als Ziel unbedingt angestrebt werden, dass die Krankenversicherung ungefähr die gesamten Betriebskosten der Spitäler deckt, nicht die Investitionskosten, aber die gesamten Betriebskosten, wie auch in anderen Ländern. Die Kantone und die Gemeinden können wichtige Aufgaben heute nicht mehr ausreichend erfüllen, weil sie übermässige und ständig wachsende Spitaldefizite zu decken haben, die dadurch entstehen, dass die Krankenkassen für den Spitalaufenthalt nicht die Selbstkosten bezahlen können. Die miserable Finanzlage meines Heimatkantons Basel-Stadt ist massgebend dadurch bedingt, dass die Spitaldefizite ständig anwachsen. Wenn wir eine leistungsfähige Krankenversicherung hätten, die die Selbstkosten decken würde, wäre die Finanzlage manches Kantons und mancher Gemeinde wesentlich günstiger.

Zusammenfassend dürfen wichtige positive Argumente für den Vorschlag Ihrer Kommission geltend

gemacht werden. Neben sachlich befriedigenden Regelungen ist auch der Aspekt der weitgehenden Berücksichtigung des Verständigungsvorschlags von Ärzteverbänden und Krankenkassenkonkordat hervorzuheben. Doch bleiben hinsichtlich der Krankenpflegeversicherung Fragen offen, und es scheint die Fassung eher als kompliziert.

Bei dieser Sachlage beantragt Ihnen der Bundesrat mit Ihrer Kommission Ablehnung der sozialdemokratischen Initiative. Der Bundesrat verzichtet auf die Gegenüberstellung seiner Vorschläge betreffend die Krankenpflegeversicherung zu den Anträgen Ihrer Kommission. Der Bundesrat behält sich aber seine definitive Stellungnahme ausdrücklich noch vor. Die nationalrätliche Kommission hat bereits zwei längere Sitzungen angesetzt. Ihre Beratung und die Diskussion im Nationalrat werden zweifellos zu weiteren Klärungen führen. Ich hoffe, dass in der Differenzbereinigung zwischen den beiden Räten bei der definitiven Festlegung des Gegenantrages für die Volksabstimmung eine zweckmässige und sozial völlig befriedigende Regelung der Krankenpflegeversicherung getroffen wird.

In diesem Sinne möchte ich Sie meinerseits bitten, auf die Vorlage einzutreten.

Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen
Le Conseil passe sans opposition à la discussion des articles

Artikelweise Beratung — Discussion des articles

Titel und Ingress

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates.

Titre et préambule

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral.

Angenommen — Adopté

Art. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates.

Art. 1

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral.

Angenommen — Adopté

Art. 2

Antrag der Kommission

Ingress

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates.

Ziff. 1, Ingress

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates.

Abs. 1

Der Bund ordnet auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Unfallversicherung. Dabei berücksichtigt er die bestehenden Versicherungsträger und wahrt grundsätzlich die freie Wahl der Medizinalpersonen und deren Behandlungsfreiheit.

Abs. 4

Der Bund sorgt für eine wirtschaftliche Durchführung der Versicherung und fördert eine gesamtschweizerische Spitalplanung. Er unterstützt die Bestrebungen der Kantone, eine ausreichende medizinische Versorgung für die ganze Bevölkerung unter Einschluss der Hauspflege zu gewährleisten, und fördert Massnahmen zur Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten und Unfällen.

Abs. 2, Ingress

Die Krankenversicherung kommt auf für Leistungen der Gesundheitsvorsorge sowie für Pflege- und Geldleistungen bei Krankheiten, mit Einschluss von Zahnerkrankungen, bei Mutterschaft sowie bei Unfall, falls hierfür anderweitig keine Versicherung besteht.

Sie ist wie folgt auszugestalten:

Buchst. b

Streichen.

*Buchst. a**Mehrheit*

Die Krankenpflegeversicherung wird durch Beiträge der Versicherten, des Bundes und der Kantone finanziert und hat den Versicherten eine angemessene Beteiligung an den Krankheitskosten zu überbinden. Es wird ein allgemeiner Beitrag nach den Regeln der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung erhoben, der zugunsten der gesamten Bevölkerung insbesondere für die Heilanstaltsbehandlung zu verwenden ist; er darf bei Erwerbstätigen 2 Prozent des Erwerbseinkommens nicht übersteigen und wird bei Arbeitnehmern zur Hälfte vom Arbeitgeber übernommen. Bund und Kantone haben dafür zu sorgen, dass sich die wirtschaftlich schwächeren Bevölkerungsgruppen zu tragbaren Bedingungen versichern können. Die Versicherung kann vom Bund oder von den Kantonen allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklärt werden.

Minderheit I

(Andermatt)

Die Krankenpflegeversicherung wird durch Beiträge der Versicherten, des Bundes und der Kantone finanziert und hat den Versicherten eine angemessene Beteiligung an den Krankheitskosten zu überbinden. Es wird ein allgemeiner Beitrag nach den Regeln der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung erhoben, der zugunsten der gesamten Bevölkerung insbesondere für die Heilanstaltsbehandlung zu verwenden ist; er darf bei Erwerbstätigen 2 Prozent des Erwerbseinkommens nicht übersteigen und wird bei Arbeitnehmern zur Hälfte vom Arbeitgeber übernommen. Ferner ist der Bund ermächtigt, zur Entlastung der Leistungspflichtigen auf gesundheitsgefährdenden Produkten Sondersteuern zu erheben. Bund und Kantone haben dafür zu sorgen, dass sich die wirtschaftlich schwächeren Bevölkerungsgruppen zu tragbaren Bedingungen versichern können. Die Versicherung kann vom Bund oder von den Kantonen allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklärt werden.

Minderheit II (berichtigter Antrag)

Weber, Graf)

Die Krankenpflegeversicherung ist für die gesamte Bevölkerung obligatorisch. Sie wird durch Beiträge der

Versicherten, des Bundes und der Kantone finanziert und hat den Versicherten eine angemessene Beteiligung an den Krankheitskosten zu überbinden. Es wird ein allgemeiner Beitrag nach den Regeln der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung erhoben, der zugunsten der gesamten Bevölkerung insbesondere für die Heilanstaltsbehandlung zu verwenden ist; er darf bei Erwerbstätigen 2 Prozent des Erwerbseinkommens nicht übersteigen und wird bei Arbeitnehmern zur Hälfte vom Arbeitgeber übernommen. Bund und Kantone haben dafür zu sorgen, dass sich die wirtschaftlich schwächeren Bevölkerungsgruppen zu tragbaren Bedingungen versichern können. (Rest streichen)

*Buchst. c**Mehrheit*

Die Krankengeldversicherung kann vom Bund oder von den Kantonen für Arbeitnehmer und für weitere Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklärt werden. Sie wird durch Beiträge der Versicherten finanziert. Für Arbeitnehmer übernimmt der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge.

Minderheit

(Eggenberger, Graf, Weber)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates.

*Abs. 3**Mehrheit*

Die Unfallversicherung kann vom Bund oder von den Kantonen für Arbeitnehmer und für weitere Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklärt werden. Die Versicherung der Betriebsunfälle geht zu Lasten des Arbeitgebers.

Minderheit

(Eggenberger, Graf, Weber)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates.

Antrag Honegger

Abs. 2 Buchst. a 2. Satz

... insbesondere für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung zu verwenden ist; ...

Antrag Weber

Abs. 2 Buchst. a

... an den Krankheitskosten zu überbinden, die so anzusetzen ist, dass die wirtschaftlich bedrohlichen Kosten von der obligatorischen Versicherung übernommen werden. Es wird ein allgemeiner Beitrag in Lohnprozenten nach den Regeln der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung erhoben. Für Arbeitnehmer übernimmt der Arbeitgeber die Hälfte dieser Beiträge. Bund und Kantone haben dafür zu sorgen, ...

Antrag Heimann

Abs. 2 Buchst. a

Zur Verbilligung kostenintensiver Behandlungen wird ein allgemeiner Beitrag nach den Regeln der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung erhoben, der zugunsten der gesamten Bevölkerung zu verwenden ist.

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

Adhérer au projet du Conseil fédéral.

Ch. I, préambule

Adhérer au projet du Conseil fédéral.

Al. 1

La Confédération règle par voie législative l'assurance en cas de maladie et d'accident. Elle tient compte des assureurs existants et sauvegarde en principe la faculté de choisir librement les personnes exerçant une activité dans le domaine médical, ainsi que la liberté de traitement de ces personnes.

Al. 4

La Confédération veille à ce que l'assurance soit appliquée de manière économique et encourage une planification hospitalière sur le plan national. Elle soutient les efforts des cantons tendant à garantir des services médicaux suffisants y compris les soins à domicile, pour l'ensemble de la population et elle encourage les mesures de prévention des maladies et des accidents.

Al. 2, préambule

L'assurance-maladie garantit des prestations pour la prophylaxie ainsi que des prestations pour soins et des prestations en espèces en cas de maladie, y compris les affections dentaires, de maternité ainsi que d'accident, s'il n'y a pas d'autre assurance.

Elle doit être conçue comme il suit:

Let. b

Biffer.

*Let. a**Majorité*

L'assurance des soins médico-pharmaceutiques est financée par les cotisations des assurés et par les contributions de la Confédération et des cantons; une participation appropriée aux frais de maladie doit être exigée des assurés. Il est perçu une cotisation générale, selon les règles de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité qui doit être utilisée en faveur de toute la population, pour le traitement hospitalier en particulier; elle ne doit pas, pour les salariés et les personnes de condition indépendante, excéder deux pour cent du revenu de l'activité lucrative, l'employeur prenant en charge la moitié des cotisations des salariés. La Confédération et les cantons doivent veiller à ce que les catégories de la population à ressources modestes puissent s'assurer à des conditions raisonnables. L'assurance peut être déclarée obligatoire par la Confédération ou les cantons, en général ou pour certaines catégories de la population.

Minorité I

(Andermatt)

L'assurance des soins médico-pharmaceutiques est financée par les cotisations des assurés et par les contributions de la Confédération et des cantons; une participation appropriée aux frais de maladie doit être exigée des assurés. Il est perçu une cotisation générale, selon les règles de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité qui doit être utilisée en faveur de toute la population,

pour le traitement hospitalier en particulier; elle ne doit pas, pour les salariés et les personnes de condition indépendante, excéder deux pour cent du revenu de l'activité lucrative, l'employeur prenant en charge la moitié des cotisations des salariés. En outre, la Confédération peut percevoir des impôts spéciaux sur les produits nuisibles pour la santé, afin de décharger ceux qui sont tenus à contribution. La Confédération et les cantons doivent veiller à ce que les catégories de la population à ressources modestes puissent s'assurer à des conditions raisonnables. L'assurance peut être déclarée obligatoire par la Confédération ou les cantons, en général ou pour certaines catégories de la population.

Minorité II (proposition rectifiée)

(Weber, Graf)

L'assurance des soins médico-pharmaceutiques est obligatoire pour l'ensemble de la population. Elle est financée par les cotisations des assurés et par les contributions de la Confédération et des cantons; une participation appropriée aux frais de maladie doit être exigée des assurés. Il est perçu une cotisation générale, selon les règles de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité qui doit être utilisée en faveur de toute la population, pour le traitement hospitalier en particulier; elle ne doit pas, pour les salariés et les personnes de condition indépendante, excéder deux pour cent du revenu de l'activité lucrative, l'employeur prenant en charge la moitié des cotisations des salariés. La Confédération et les cantons doivent veiller à ce que les catégories de la population à ressources modestes puissent s'assurer à des conditions raisonnables. (Biffer le reste)

*Let. c**Majorité*

L'assurance d'une indemnité journalière peut être déclarée obligatoire par la Confédération ou les cantons pour les salariés et pour d'autres catégories de la population. Elle est financée par les cotisations des assurés. L'employeur prend en charge la moitié des cotisations des salariés.

Minorité

(Eggenberger, Graf, Weber)

Adhérer au projet du Conseil fédéral.

*Al. 3**Majorité*

L'assurance-accidents peut être déclarée obligatoire par la Confédération ou les cantons pour les salariés et pour d'autres catégories de la population. L'assurance des accidents professionnels est à la charge de l'employeur.

Minorité

(Eggenberger, Graf, Weber)

Adhérer au projet du Conseil fédéral.

Proposition Honegger*Al. 2 let. a 2e phrase*

... en faveur de toute la population, en vue de réduire le coût du traitement hospitalier en particulier; ...

Proposition Weber*Al. 2 let. a*

... et des cantons. Une participation appropriée aux frais de maladie doit être exigée des assurés; elle sera fixée de telle façon que l'assurance obligatoire couvre les frais constituant une menace économique. Il est perçu une cotisation générale en pour cent du revenu, selon les règles de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité. L'employeur prend en charge la moitié des cotisations des salariés. La Confédération et les cantons doivent veiller ...

Proposition Heimann*Al. 2 let. a*

Une cotisation générale sera perçue selon les règles applicables à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, qui doit être utilisée en faveur de toute la population pour réduire le coût de soins médico-pharmaceutiques particulièrement dispendieux.

Hofmann, Berichterstatter der Mehrheit: Zwischen dem Wortlaut des Bundesrates und der Kommission bestehen einige formelle Abweichungen, die jedoch nicht von materieller Bedeutung sind.

Die Kommission zieht es vor, aus sprachlichen Gründen zu sagen, dass der Bund die Kranken- und Unfallversicherung «ordnet», statt gemäss Bundesrat, dass er sie «einrichtet».

Sodann beantragt die Kommission das Wörtchen «soziale» Kranken- und Unfallversicherung zu streichen. Es ist selbstverständlich, dass die Versicherung sozial auszugestaltet ist. Auch bei der AHV in Artikel 34quater Bundesverfassung unterblieb die ausdrückliche Bezeichnung als «sozial». Dem Wörtchen kommt in diesem Zusammenhang anerkanntermassen nur deklaratorische Bedeutung zu. Die Belassung wäre geeignet, eher Verwirrung zu stiften als Klarheit zu schaffen.

Ferner schlägt die Kommission vor, statt «die bestehenden Krankenkassen» zu sagen «die bestehenden Versicherungsträger». Der Wortlaut des Bundesrates ist historisch bedingt. Er findet sich im bestehenden Artikel 34bis Bundesverfassung. Dabei hatte und hat es die Meinung, dass neben den Krankenkassen auch die Privatassekuranz die Krankenversicherung betreiben könne und berücksichtigt werden soll. Als Oberbegriff deckt der Ausdruck «Versicherungsträger» sowohl die Krankenkassen wie die privaten Versicherungen. Das Wörtchen «bestehende» enthält eine gewisse Besitzstandsgarantie; es sollen die bei Inkrafttreten des Gesetzes bestehenden Versicherungsträger berücksichtigt werden, wobei allerdings auch neue nicht ausgeschlossen sind.

Die Kommission diskutierte auch darüber, ob das Wörtchen «grundsätzlich» bei der freien Wahl der Medizinalpersonen eine Bedeutung habe. Sie gelangte zur Bejahung und schlägt deshalb die Beibehaltung des Wörtchens «grundsätzlich» vor. Die freie Wahl der Medizinalpersonen kann gewissen Einschränkungen unterliegen, zum Beispiel bei Eintritt in eine Heilanstalt, der Fall des «medico condotto» im Tessin, eventuell gewisse territoriale Beschränkungen und so weiter.

Ich beantrage Zustimmung zum Vorschlag der Kommission.

Zu Absatz 2: Ich behandle zuerst den Ingress zu Absatz 2. In diesem werden die Leistungen der Krankenversicherung erwähnt. Materiell stimmt der Vorschlag der Kommission mit demjenigen des Bundesrates

überein. Beide Vorschläge gehen auf den Bericht der Expertenkommission zurück.

Vorangestellt werden neu Leistungen der Gesundheitsvorsorge, also für Prophylaxe, für die Verhinderung oder Früherfassung von Krankheiten. Heute haben die Krankenkassen von Gesetzes wegen für krankheitsverhüllende Massnahmen nicht aufzukommen. Sie machen es zum Teil. Es wird Sache des Gesetzgebers sein, dieser Leistungserweiterung (Gesundheitsvorsorge) die Bedeutung zu geben, die der Präventivmedizin heute zukommt.

Wie bis anhin kommt die Krankenversicherung auf für Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft, neu unter «Einschluss von Zahnerkrankungen». Dieses Problem, das schon viel zu diskutieren gegeben hat, wurde im Expertenbericht eingehend behandelt. Nach geltendem Recht sind die Krankenkassen zur Uebernahme von Untersuchungen und Behandlungen durch Zahnärzte nicht verpflichtet; freiwillig leisten aber einzelne Kassen Beiträge daran. Neu sollen nun Zahnerkrankungen, wie sie Herr Kollege Andermatt im Eintreten bereits skizziert hat, in die Krankenversicherung aufgenommen werden. Nachdem Herr Andermatt das bereits näher dargelegt hat, möchte ich meine Ausführungen darüber kürzen. Es hat die Meinung, dass eine jährliche Kontrolluntersuchung und zahnchirurgische und ähnliche Leistungen, also eigentliche Zahnerkrankungen, eingeschlossen sein sollen. Dagegen ist die konservierende Zahnbehandlung und die Zahnprothetik nicht Gegenstand der allgemeinen Krankenversicherung. Diese bleiben einer freien Zusatzversicherung vorbehalten, da — wie Kollege Andermatt vorgetragen hat — der Einschluss sämtlicher Zahnbehandlungen die praktische Durchführung der Zahnbehandlungen in Frage stellen und zu einer gewaltigen Ausdehnung der Krankenversicherung führen würde. Die Zahnärztesgesellschaft schätzt die neu versicherten Zahnarztkosten auf rund 300 Millionen Franken pro Jahr.

Ich beantrage Zustimmung zum Ingress von Absatz 2.

Zu Buchstabe a: In diesem Buchstaben a liegt das Schwergewicht der ganzen Gesetzesrevision. Es soll darin die Krankenpflegeversicherung geregelt werden. Darüber bestehen, wie wir bereits gehört haben, die tiefgehendsten Meinungsverschiedenheiten.

Es sind auseinanderzuhalten: das Obligatorium und die Finanzierung.

Die Kommission konnte sich dem Vorschlag des Bundesrates auf Einführung einer obligatorischen Grossrisikoversicherung nicht anschliessen (Ausführungen darüber sind bereits gemacht worden). Die Kommission lehnt jegliches Voll- oder Teilversicherungsobligatorium ab und übernimmt damit in diesem Punkte grundsätzlich die Auffassung der verschiedenen privaten Modelle sowie der Allianz. Eine Minderheit von zwei Kommissionsmitgliedern hält an einem allgemeinen Obligatorium fest. Ich habe Ihnen die Gründe dargelegt, warum die Kommissionsmehrheit das Obligatorium ablehnt.

Nach dem letzten Satz von Buchstabe a kann die Krankenpflegeversicherung vom Bund oder von den Kantonen allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklärt werden. Das entspricht dem heutigen Rechtszustand in Artikel 34bis BV. Einzelne Kantone haben davon auch Gebrauch gemacht; der Rechtszustand heute ist folgender: 15 Kantone haben das Obligatorium im ganzen Kantonsgebiet für be-

stimmte Bevölkerungsgruppen eingeführt und teilweise an die Gemeinden delegiert; 6 Kantone haben die Befugnis ganz an die Gemeinden übertragen, und 4 Kantone haben bis heute von jeglichem Obligatorium abgesehen.

Im bundesrätlichen Vorschlag ist die Kompetenz nur für den Bund erwähnt. Um Zweifeln vorzubeugen, erwähnt die Kommission auch die Kantone, denen — wie bis anhin — die Befugnis solange zusteht, als der Bund von ihr keinen abschliessenden Gebrauch gemacht hat.

Diese Kompetenzerteilung ermöglicht es jederzeit, allfällige Lücken zu schliessen, sofern sich dafür irgendwo und irgendwann eine Notwendigkeit zeigen sollte. Das zur Frage des Obligatoriums. Ich frage den Herrn Präsidenten, ob wir diesen Punkt zuerst bereinigen und erledigen wollen, was vermutlich zweckmässig wäre, um nachher auf die Finanzierung überzugehen.

Weber, Berichterstatter der Minderheit II: Unsere Anträge sollen in den Vorschlag der Kommissionsmehrheit eingebaut werden. Somit gilt auch der Text der Kommissionsmehrheit als Diskussionsgrundlage.

Wir schlagen Ihnen vor, für die Krankenpflegeversicherung das Obligatorium einzuführen. Warum Bundesobligatorium? Sie haben eine stichhaltige Begründung durch mein Zitat der Pressedienst-Notiz der CVP gehört. Im übrigen möchte ich hier Herrn Hofmann erwidern, dass er in der erwähnten CVP-Publikation kein einziges Motiv oder Zitat zusammenkratzen kann, das sich gegen unsere Anträge verwenden liesse. Ich lade ihn ein, den Versuch zu wagen.

Ergänzend möchte ich folgendes beifügen: Das Fehlen des Bundesobligatoriums bringt gewaltige, folgenschwere Nachteile mit sich. Erstens: der Solidaritätsgedanke als fundamentales Element einer Sozialversicherung wird missachtet. Das Risiko wird nicht auf die ganze Bevölkerung abgestützt. Ein Teil der Bevölkerung — es werden rund 10 Prozent, möglicherweise aber auch mehr sein — wird dauernd dem Versicherungsschutz nicht unterstellt sein. Dies wird entweder wegen Mangel an Solidaritätsgefühl oder denn aus Mangel an Verantwortungsbewusstsein sich und seiner Familie gegenüber geschehen.

So wird die Gefahr der Altersgrenzen und des Ausschlusses bestimmter Risiken bestehen bleiben. Wohl versucht man, für die Nichtversicherten die Kassen noch eine zeitlang zu öffnen. Es wird aber immer wieder neue Nichtversicherte geben. (Im übrigen wird mit einem Postulat der Kommission versucht, bereits vor Vollendung des Werkes etwas zu flicken.) Das werden u. a. jene sein, die die Versicherungsbeiträge sparen, um ein Auto finanzieren zu können (dies ist in der Kommission bereits erwähnt worden), sich aber bei plötzlicher und schwerer Krankheit vor unlösbare Probleme gestellt sehen, oder im Alter, beim Eintreten der ersten Altersgebrennen, sich auf die Krankenkassen besinnen, dann aber nicht mehr aufgenommen werden können. Es sind auch jene Leute, die die Beiträge für eine Krankenversicherung sparen und das Geld für irdische Genüsse und den Konsum der angebotenen Güter verwenden, die im Notfall durch die öffentliche Hand, über Fürsorgeeinrichtungen, auch das Steuergeld der Mitbürger in Anspruch nehmen.

Wir werden aber auch nach Alter abgestufte Prämien weiterhin akzeptieren müssen. Die Diskriminierung der Frau durch höhere Beitragsleistungen ist nicht ausgeschlossen. Höhere individuelle Pro-Kopf-Prämien

werden nötig, was eine Mehrbelastung des Familienvaters mit sich bringt. Eine Verbilligung wird nur über gezielte Subventionen möglich sein. Zwar beabsichtigt man, über das Beitragsobligatorium eine lohnprozentuale Finanzierung zu bewerkstelligen; ich zweifle an der Realisierbarkeit dieser Idee. Ist es wirklich, wie etwa behauptet wird, ein fauler Kompromiss, oder eine Ausweichaktion, um auf diesem Wege doch mit der Zeit ein gewisses Obligatorium zu bekommen? Ich betrachte es als fragwürdiges Unterfangen. Der umfassende Lastenausgleich könnte in Frage gestellt werden, damit aber auch die Familienversicherung.

Nachdem wirklich 90 Prozent oder mehr der Bevölkerung versichert sein sollen, sehen wir wirklich nicht ein, warum nicht auch der Rest, nämlich die 10 Prozent, als Teil einer Gemeinschaft durch das Obligatorium zum Partizipieren am Versicherungswerk verhalten werden sollten. Sollten Sie dem Antrag zustimmen, müsste natürlich der letzte Satz von Buchstabe a gestrichen werden. Ich bitte Sie um Zustimmung.

Abstimmung — Vote

Frage des Obligatoriums

Für den Antrag der Minderheit	6 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	27 Stimmen

Hofmann, Berichterstatter der Mehrheit: Ich schlage vor, jetzt den gesamten Problembereich der Finanzierung zu diskutieren.

Die Kommission schlägt in grundsätzlicher Uebereinstimmung mit dem Bundesrat vor, die Finanzierung durch Beiträge der Versicherten, Subventionen des Bundes und der Kantone sowie einen allgemeinen Beitrag nach den Regeln der AHV vorzunehmen. Auf diese Weise sollen die Mittel für die Krankenversicherung aufgebracht werden, die das Bundesamt für Sozialversicherung für das Jahr 1976 auf rund 7 Milliarden schätzt.

Zu den Subventionen von Bund und Kantonen: Der Bund leistet heute an die Krankenpflegeversicherung Pro-Kopf-Subventionen sowie gewisse Sonderbeiträge. Aehnlich verhalten sich Kantone und Gemeinden. 1970 erreichten die öffentlichen Subventionen den Betrag von 468 Millionen Franken.

Im Sinne der Ausführungen des Expertenberichtes, denen sich die Kommission grundsätzlich anschliesst, sollen die Subventionen der öffentlichen Hand vorab für die wirtschaftlich schwächeren Bevölkerungskreise verwendet werden, damit sich diese zu tragbaren Bedingungen versichern können. Insbesondere also zugunsten bestimmter Personen (Frauen, Kinder und wirtschaftlich schwächer Versicherten). Auf diesem Wege wird auch die Besserstellung der Familie in der Krankenversicherung zu verwirklichen sein. Die Expertenkommission schlägt z. B. vor, dass die Beiträge für das dritte und alle weiteren Kinder, die bei einer Krankenkasse versichert sind, wegfallen sollen. Nach einer Schätzung des Bundesamtes für Sozialversicherung würden die Leistungen der öffentlichen Hand gemäss der heute geltenden Ordnung im Jahre 1976 auf 905 Millionen Franken steigen. Nach allen andern Modellen, einschliesslich dem Vorschlag Ihrer Kommission, auf 1147 Millionen Franken, wobei die Verteilung zwischen Bund, Kantonen und eventuell Gemeinden im Gesetze zu erfolgen haben wird.

Zu den Beiträgen der Versicherten: Nach dem Vorschlag der Kommission ist den Versicherten eine ange-

messene Beteiligung an den Krankheitskosten zu überbinden. Darin unterscheidet sich der Kommissionsvorschlag wesentlich von der Initiative und, zumindest in bezug auf die Betonung, vom Vorschlag des Bundesrates. Nach dem Grundsatz, wonach die Krankenversicherung dem einzelnen Schutz vor Risiken gewähren soll, die er selbst nicht tragen kann, muss diese von Leistungen möglichst entlastet werden, die der einzelne ganz oder zum Teil tragen kann. Damit soll die Selbstverantwortung des einzelnen gehoben sowie die Bereitschaft gefördert werden, im Rahmen des Möglichen und Zumutbaren für die selbstverursachten Kosten aufzukommen. Das kann durch Anpassung der Prämien an die individuelle Leistungsfähigkeit und durch entsprechende Selbstbeteiligung an den Kosten geschehen. Es stellt sich das Problem der Franchise, für die es verschiedene Möglichkeiten gibt, wobei die Lösung im Gesetz zu treffen ist.

Der Präsident des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen hat dazu unter anderem treffend ausgeführt: «Jeder wird sich künftig frei entscheiden können, was er selber für sich für Behandlung bei Krankheit aufbringen will und von welchem Betrag an die Leistung der Versicherung ungeschmälert beginnen soll. Entsprechend unterschiedlich wird die Individualprämie ausfallen und entsprechend werden die öffentlichen Mittel gezielt die weitere Entlastung der sozial Schwächeren gewährleisten.»

Einer der Kommission vom Bundesamt für Sozialversicherung vorgelegten Aufstellung über die Auswirkungen von Jahresfranchisen ist zu entnehmen, dass sich die Zahl der versicherten Krankheitsfälle bei einer Jahresfranchise von 100 Franken um ungefähr die Hälfte reduzieren würde und rund 36 Prozent der Gesamtkosten gedeckt wären. Bei einer Jahrespauschale von 200 Franken würde sich die Zahl der versicherten Fälle auf weniger als einen Drittel senken und 54 Prozent der Kosten wären gedeckt. Individualprämien und Franchisen erinnern den einzelnen daran, dass Arzt- und Spitalleistungen nicht «gratis» sind und primär jeder selbst für seine Gesundheit verantwortlich ist. Sie sind geeignet, das Kostenbewusstsein zu stärken und vor «surconsommation médicale» zu warnen. Diese Auffassung mag nicht überall populär sein, aber sie entspricht nach Meinung der Kommission der gegebenen Verantwortlichkeit.

Nun zur dritten Position der Finanzierung: Der allgemeine Beitrag nach den Regeln der AHV. Wie bereits erwähnt, gelangte die Kommission zur Ueberzeugung, dass die Erhebung von Lohnprozenten nicht zu umgehen sei. Es fehlen ohne sie für die Finanzierung der vorgesehenen Leistungen ein bis zwei Milliarden Franken. Die Kommission schlägt deshalb die Erhebung von Lohnprozenten vor. Sie soll bei Erwerbstätigen 2 Prozent nicht übersteigen, ist «zugunsten der gesamten Bevölkerung», «insbesondere für die Heilanstaltsbehandlung zu verwenden» und bei Arbeitnehmern zur Hälfte vom Arbeitgeber zu übernehmen.

Es sind einige Punkte näher zu analysieren. Sinn und Zweck der Limitierung in der Verfassung habe ich schon erwähnt. Ihr kommt nach Auffassung der Kommission grösste Bedeutung zu. Die 2 Prozent werden für das Jahr 1976 auf 1800 Millionen Franken geschätzt, nämlich 972 Millionen auf die Arbeitnehmer und 828 Millionen Franken auf die Arbeitgeber. Für diese — die Arbeitgeber — bedeutet das eine neue zusätzliche, aber, nach Auffassung der Kommission, tragbare Belastung.

Der Betrag wird sich laufend den veränderten Löhnen anpassen. Die 2 Prozent können wohl nicht für alle Ewigkeit ein absolutes Tabu sein; sie sollen aber in der Verfassung verhindern, dass alzu leicht der Weg über deren Erhöhung beschritten wird. Damit kann nach Auffassung der Kommission die Zurückhaltung in der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen gefördert und der Kostenexplosion entgegengewirkt werden. Die Spitalträger und die öffentliche Hand werden weiterhin auf Sparsamkeit angewiesen bleiben.

Nach Vorschlag der Kommission sind die Lohnprozente zugunsten der gesamten Bevölkerung, insbesondere für die Heilanstaltsbehandlung, zu verwenden. Die Kommission legt Wert darauf, in der Verfassung zu sagen, dass aus der Beitragspflicht über die Lohnprozente jedermann profitieren soll, was dadurch gesichert wird, dass sie insbesondere für die Heilanstaltsbehandlung zu verwenden sind. Diese Zweckbestimmung wird, wie Sie gehört haben, von der Allianz angefochten. Die Aerzte machen geltend, das bedeute eine Privilegierung der Heilanstaltsbehandlung, die Krankenkassen befürchten, es könnte daraus eine Aufspaltung der Krankenversicherung werden. Die Kommission geht von der Tatsache aus, dass die Zusatzfinanzierung über Lohnprozente vorab wegen der Kostenexplosion in den Heilanstalten notwendig und unumgänglich geworden ist. Die Prozente sollen deshalb auch hier eingesetzt werden, wobei, wie bereits Herr Bundesrat Tschudi heute ausgeführt hat, nicht anzunehmen ist, dass die 2 Prozent genügen, um die Heilanstaltskosten voll zu decken. Das würde auch beim Flimser Modell nicht zutreffen. Nach dem bundesrätlichen Vorschlag wären für die Grossrisikoversicherung etwa 2,8 Prozent notwendig gewesen. Die 2 Prozent, welche die Kommission Ihnen vorschlägt, werden zur Verbilligung der Heilanstaltskosten einen wesentlichen Teil beitragen. Die Gefahr aber, dass daraus eine besondere Versicherung entstehen würde, besteht nicht, und die diesbezüglich noch im letzten Moment von den Krankenkassen erneuerte Befürchtung ist unbegründet.

Der Einwand der Aerzte, dass durch die Zweckbestimmung der 2 Prozent für die Spitalbehandlung diese privilegiert werde und dass damit die weitere Kostenexplosion in den Spitälern gefördert würde, hat etwas für sich, ist aber auch nicht ganz stichhaltig. Die Kostenexplosion bei den Heilanstalten ist, wie uns das Bundesamt für Sozialversicherung anhand einer Statistik dargelegt hat, in den westlichen Ländern eine allgemeine Erscheinung und auch dort anzutreffen, wo die Finanzierung der Krankenversicherung ganz anders als bei uns gelöst ist, zum Beispiel vorwiegend von den Versicherten getragen wird. Auf welche Weise die Lohnprozente dem Zwecke zugeführt werden sollen, wird das Gesetz näher zu regeln haben.

Der Kommission liegt es daran, auf einfache Weise zu sichern, dass von den Lohnprozenten jedermann profitiert.

Anlässlich der letzten Sitzung hat die Kommission noch das Wörtchen «insbesondere» eingefügt. Ursprünglich war die ausschliessliche Zweckbestimmung für die Heilanstaltsbehandlung vorgesehen. Durch Einfügen des Wörtchens «insbesondere» soll ermöglicht werden, dass der Gesetzgeber einen gewissen Spielraum erhält und Mittel aus den Lohnprozenten abzweigen könnte. Man hat zum Beispiel gedacht an die Berücksichtigung der Hauspflege oder für die Präventivmedizin.

Auf eine weitere Detaillierung, wie es die Allianz befürwortet hat, Aufzählung verschiedener weiterer

Zwecke in der Bundesverfassung, wollte die Kommission nicht eingehen; sie hält das nicht für tunlich. Dass bei den Erwerbstätigen die Hälfte der Arbeitgeber zu tragen hat, ist unbestritten. Die zusätzliche Belastung mit maximal 1 Prozent dürfte sich für die Wirtschaft in tragbarem Rahmen halten. In diesem Zusammenhang stellte sich in der Kommission das Problem der nicht-versicherten Betagten, der heimkehrenden Auslandsschweizer und der Personen, die sich nur unter Vorbehalt versichern können. Es sei nicht in Abrede gestellt, dass diese Frage im Rahmen einer obligatorischen Versicherung weitgehend gelöst wäre. Die Kommission liess sich vom Bundesamt für Sozialversicherung einen speziellen Bericht geben, aufgrund dessen sie sich davon überzeugen liess, dass die Lösung nicht in der Verfassung getroffen werden kann, da sie eingehender detaillierter gesetzlicher Bestimmungen bedarf. Deshalb lädt die Kommission in einem Postulat den Bundesrat ein, bei der Vorlage des neuen Bundesgesetzes das Problem zu prüfen und entsprechende Vorschläge zu unterbreiten. Es finden sich im Expertenbericht darüber gründliche Untersuchungen und brauchbare Vorschläge.

Es wird richtig sein, wenn ich nun gleich auch noch das Problem der Sondersteuern aufgreife, obschon die Kommission hier keinen Vorschlag macht, sich aber wiederholt damit befasst hat. Vielleicht muss ich dann darauf nicht mehr antworten.

Mit Nachdruck verfechten die Aerzte und Krankenkassen das Begehren auf Erhebung von Sondersteuern «auf gesundheitsgefährdende Produkte». Herr Andermatt hält seiner Standesorganisation die Treue und stellt in diesem Sinne Minderheitsantrag.

Die Kommission hat sich eingehend mit dieser Frage befasst und gelangte zweimal, bei geringem Mehr, zu ablehnenden Beschlüssen. Das keineswegs aus einer grundsätzlichen Verneinung einer stärkeren Belastung, insbesondere von Tabak und Alkohol, sondern eher und vorwiegend aus politischen Ueberlegungen. Jede KUVG-Revision mit einer Klausel auf Erhebung von Sondersteuern erscheint damit als zum vorneherein belastet. Wohl deshalb enthält auch die Initiative der Sozialdemokratischen Partei keine solche Möglichkeit, obschon an sich zu erwarten wäre, dass gerade von dieser Seite die zusätzliche Belastung von Alkohol in Vorschlag gebracht würde. Dazu kommt, dass die Belastung von Tabak und gebrannten Wassern bereits ganz für die AHV reserviert ist. Ich verweise auf Artikel 34quater Absatz 6 und 7 der Bundesverfassung, die vor einer Abzweigung von Mitteln zuerst revidiert werden müssten. Die Belastung des Bieres ist im Rahmen der Bundesfinanzordnung absorbiert. So bliebe primär noch die Besteuerung des Weines, ein Postulat, das die Kommission vorab aus politischen Ueberlegungen nicht mit der Totalrevision des KUVG verbinden möchte. Es wurde noch gesprochen von einer Belastung des Benzins. Diese wird aber zweifellos weiterhin für den Strassenbau benötigt. Andere Möglichkeiten, die etwa genannt wurden, waren eine Belastung des Zuckers, des Kaffees, der Autos. Diese Vorschläge wären in einer Volksabstimmung wohl kaum geeignet, Sympathien für die Revision zu gewinnen, Vorschläge im übrigen auch, die weder als tauglich noch als sehr ertragbringend angesehen werden können. Ich glaube, die Meinung der Kommissionsmehrheit richtig zu interpretieren, wenn ich sage, dass Tabak und Alkohol sehr wohl stärker belastet werden sollten, aber noch auf längere Zeit für die bisherigen Zwecke der AHV reserviert bleiben müssen. Aus diesen Ueberlegungen

schlägt Ihnen die Kommissionsmehrheit vor, von der Erhebung von Sondersteuern für die Finanzierung der Krankenversicherung abzusehen. Die Ueberlegungen der Allianz mögen durchaus gut gemeint und ideal sein; ob sie auch realistisch sind, liegt wohl auf einer anderen Ebene.

Ich könnte mir zum Beispiel vorstellen, dass es besser wäre, wenn man nach einer gewissen Zeit vor der Frage stünde, neue zusätzliche Mittel für die Krankenversicherung zu beschaffen, das Volk vor die klare Alternative gestellt würde: Erhöhung der Lohnprozente oder Einführung von Sondersteuern, während hier jetzt ein Detail — Erhebung von Sondersteuern — in einem Abstimmungskampf fast zur Hauptsache gemacht werden könnte.

Damit Sie sich ein Bild machen können über die finanziellen Auswirkungen der verschiedenen Vorschläge, gebe ich Ihnen aus einer Aufstellung des Bundesamtes für Sozialversicherung folgende Zahlen bekannt:

Für das Jahr 1976 wird der Gesamtaufwand der sozialen Krankenversicherung nach der heute geltenden Ordnung auf 4,264 Milliarden, nach der sozialdemokratischen Initiative auf 7,165 Milliarden geschätzt, nach dem Flimser Modell, dem Gegenentwurf des Bundesrates und dem Vorschlag Ihrer Kommission, auf rund 7 Milliarden. Wie würden sich diese nun verteilen?

In Prozenten ausgedrückt würden entfallen: Auf die Versicherten nach der heutigen Ordnung 75 Prozent, der SP-Initiative 48 Prozent, dem Antrag des Bundesrates 60 Prozent und dem Vorschlag Ihrer Kommission 64 Prozent; auf die Arbeitgeber nach der heutigen Ordnung 4 Prozent, der SP-Initiative 36 Prozent, dem Antrag des Bundesrates 24 Prozent und demjenigen Ihrer Kommission 20 Prozent; auf die öffentliche Hand (Bund, Kantone und Gemeinden) nach der geltenden Ordnung 21 Prozent, nach allen übrigen Vorschlägen 16 Prozent.

Daraus sind die Unterschiede klar ersichtlich. Ihre Kommission glaubt, eine sozial und volkswirtschaftlich vertretbare Lösung gefunden zu haben und vorzuschlagen, jedenfalls für den in den nächsten Jahren zu erwartenden Aufwand. Leider wird wohl mit weiteren Kostensteigerungen zu rechnen sein, wobei diejenige der ambulanten und der Anstaltsbehandlung wiederum grösser ausfallen dürfte als die Steigerung von Lebenskostenindex und Löhnen. Immerhin darf erwartet werden, dass diese Schere nicht mehr weiter auseinandergeht, sondern sich eher etwas schliesst, nachdem insbesondere die personelle Umstrukturierung und Ausstattung in unseren Heilanstalten in den letzten Jahren einen grossen Grad erreicht hat. Mit ihrem mit 12 : 1 Stimme zustandegewonnenen Vorschlag möchte die Kommission gerade auch einer solchen weiteren Kostenexplosion möglichst entgegenwirken. Es wäre nach ihrer Auffassung besser, nötigenfalls die Finanzierung der Krankenversicherung nach einiger Zeit neu zu überprüfen, als jetzt schon die Schleusen zu öffnen.

In diesem Sinne ersuche ich Sie um Zustimmung zum Vorschlag der Kommission in Buchstabe a.

Weber: Einzig die Finanzierung über Lohnprozente ermöglicht, neben den Subventionen durch die öffentliche Hand, die Einführung einer sozialen, familienfreundlichen Krankenversicherung. Der wirtschaftlich Benachteiligte wird über Lohnprozente zu einem gerechten und zumutbaren Beitrag verhalten, aber nicht überfordert. Beim

Wegfall der Lohnprozente oder bei ihrer Tiefhaltung — wie das bei der vorgeschlagenen Maximierung der Fall ist — müssen die fehlenden Mittel über Individualprämien eingebracht werden. Damit würde wiederum der Schwächere, insbesondere die kinderreiche Familie, benachteiligt.

Fixe Prämien bringen für kleine Einkommen prozentual zum Einkommen höhere Leistungen. Eine Familie mit zwei Kindern muss gar vier Prämien bezahlen, während bei den Lohnprozenten die Beiträge für die ganze Familie abgegolten werden. Ein Beispiel möge die Situation illustrieren: Die individuelle jährliche Belastung eines Verheirateten mit zwei Kindern würde in Franken und Lohnprozenten 1974 bei einem Einkommen von 15 000 Franken betragen: Nach der Initiative 2,25 Lohnprozente oder 337 Franken, Individualprämien total 252 Franken, zusammen also 589 Franken. Diese Beiträge machen 3,9 Prozent des bezogenen Lohnes aus. Nach dem Vorschlag der Kommission müsste der gleiche Familienvater bezahlen: 1 Lohnprozent im Maximum — die Ausführungsgesetzgebung könnte ja auch tiefer gehen — oder 150 Franken: Individualprämien für 4 Personen 1239 Franken, total 1389 Franken. Von seinem Lohn müsste er für die gleichen Versicherungsleistungen also nicht 3,9, sondern 9,3 Prozent aufbringen. In beiden Fällen kämen natürlich noch die Arbeitgeberbeiträge und jene des Staates hinzu. Bei einem Einkommen von 20 000 Franken machen die Beiträge gemäss der Initiative 3,5 Prozent, nach Vorschlag der Kommission aber immer noch 7,2 Prozent aus.

Schlimmer wird die Situation nach zehn Jahren. Man nimmt an, dass 1984 sich die Löhne verdoppelt haben werden, dass also eine Lohnentwicklung im Verhältnis von 1 : 2 zu verzeichnen sein werde. Bei den Krankenpflegekosten muss man nach Berechnungen eine Verdreifachung und beim Grossrisiko gar eine Verfünffachung der Kosten in Kauf nehmen. Nach der Initiative könnte man die Lohnprozent-Beiträge der neuen Situation anpassen, weil keine Maximierung vorgesehen ist, also beispielsweise auf 3,4 Prozent. Bei einem Einkommen von 30 000 Franken — entsprechend einer Verdoppelung des Beispiels von vorher 15 000 Franken — hätte der Familienvater nach der Initiative 3,4 Prozent oder 1020 Franken zu entrichten, an Individualprämien noch 759 Franken oder total 1779 Franken. Dies ergibt 5,9 Prozent der Lohnsumme. Nach dem Kommissionsvorschlag aber würde immer noch 1 Lohnprozent oder 300 Franken verlangt; an Individualprämien für 4 Personen wären 4587 Franken aufzubringen, total 4887 Franken. Dieser Betrag kommt einem prozentualen Anteil von 16,3 Prozent gleich. 16,3 Prozent des bezogenen Lohnes müssten also für die Finanzierung der Krankenversicherung aufgebracht werden. Ein Einkommen von 80 000 Franken hätte aber nach Vorschlag der ständerrätlichen Kommission nur 6,75 Prozent des Gehaltes für die Krankenversicherung aufzubringen. Wo bliebe da die soziale Einstellung? Wir dürfen also als erstes die Lohnprozente schon heute nicht so tief einstellen, wir dürfen sie zweitens nicht maximieren.

Der Kommissionspräsident erwähnte in seinem Referat zu Recht, dass es sich hier um einen Verfassungsartikel handle, weshalb nur Grundsätze aufzustellen seien; die Ausführungsgesetzgebung müsse den nötigen Spielraum erhalten. Gerade deshalb bitte ich Sie, unserem Antrag zuzustimmen.

Heimann: Bei aller Würdigung der Darlegungen unseres Kollegen Weber mache ich doch darauf aufmerksam, dass die Erhebung von Lohnprozenten wirtschaftliche Grenzen hat. Schon die heutige Belastung durch die Sozialaufwendungen ist insbesondere für kleine und mittlere Betriebe sehr hoch. Sofern wir bei den Lohnprozenten keine Möglichkeit offen lassen, dass ein Stopp der Abzüge denkbar ist, rütteln wir an den Möglichkeiten bzw. der Leistungsfähigkeit der erwähnten Betriebe, weil solche Kosten eine Frage des Umsatzes sind, um überhaupt bezahlt werden zu können.

Es ist zudem festzustellen, dass sich bereits auch in der Industriearbeiterschaft gegen die Steigerung der Lohnprozente eine erhebliche Abneigung geltend macht.

Zum besseren Verständnis für jene, die diese Zahlen nicht besitzen, möchte ich Ihnen einmal darlegen, wie weit schon heute die Belastung einer Firma — ich möchte sagen: einer Firma mit sozialer Einstellung — geht. Wir dürfen wohl festhalten, dass die meisten Unternehmungen in der Schweiz sozial eingestellt sind. In einer solchen Firma ist als Belastung des Arbeitgebers mit folgenden Prozentsätzen zu rechnen: Die AHV/IV und Erwerbersatzordnung bringt eine Belastung — zusammen mit den zusätzlichen Spesen, die zu bezahlen sind — von 4,56 Prozent; es ist ferner ein Arbeitgeberbeitrag an die Pensionskassen von durchschnittlich 9 Prozent zu entrichten; dazu kommt eine Belastung für die Kinderzulagen im schweizerischen Durchschnitt von ungefähr 2 Prozent. Das ergibt bereits eine Belastung von 15,56 Prozent. Nun kommen aber noch weitere Leistungen dazu, welche die Lohnrechnung heute belasten, nämlich Ferienabwesenheit 6,4 Prozent, Krankheitsausfall 6,5 Prozent, Unfall 1,6 Prozent, bezahlte Feiertage 2 Prozent und Militärdienst 1,1 Prozent. Damit ergibt sich eine Gesamtbelastung durch diese Leistungen bei Frauen von 32,06 Prozent und bei Männern von 29,96 Prozent. Damit sind aber noch nicht alle Sozialleistungen einer Unternehmung hinreichend abgegolten. Wir haben von den Lohnbezügen unabhängige Soziallasten. Da sind einmal die Kosten der betriebseigenen Kantine zu nennen. Dazu kommen die Dienstaltersgeschenke und weitere ähnliche Aufwendungen. Sie können, knapp berechnet, mit 6 Prozent des Lohntotals eingesetzt werden bei den Frauen und mit 4 Prozent bei den Männern. Das ergibt eine Belastung von insgesamt 38,06 Prozent bei den Frauen und 33,96 Prozent bei den Männern. Und zu dieser durchschnittlichen Belastung von 36 Prozent sind wir nun im Begriff, ein weiteres Prozent dazuzufügen, und haben in Aussicht, ein weiteres Prozent für die AHV erbringen zu müssen.

Wie sehen nun die Abzüge für Arbeitnehmer aus? Auch darüber macht man sich sehr oft eine falsche Vorstellung. Für AHV und IV sind 4,5 Prozent abzugeben. An die Pensionskasse ist im Durchschnitt 6 Prozent zu leisten. Dann kommt die Krankenlohnversicherung für Leistungen, welche die Firma nicht erbringt, für die aber die Firma eine Globalversicherung abgeschlossen hat, um die Prämien zu verbilligen; das ergibt für den Arbeitnehmer 0,7 Prozent. Das sind zusammen 11,2 Prozent. Auch zu diesen 11,2 Prozent kommen neu die Erhöhung für die AHV und jetzt wiederum 1 Prozent für die Krankenkasse, worauf wir bei 13,2 Prozent angelangt sind. Wenn Sie nun die Belastung der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer in diesem Bereich zusammenzählen, so sehen Sie, dass über Lohnkosten bereits 45 bis 50 Prozent finanziert werden. Das ist eine Erscheinung, die zum Aufsehen mahnt und die die Frage

als berechtigt erscheinen lässt: Können wir in dieser Form weiterfahren?

Herr Kollega Weber glaubt, dass nur mit Lohnprozenten eine familienfreundliche Finanzierung durchzuführen sei. Mir scheint das nicht der Fall zu sein; denn wenn ich einem kinderreichen Familienvater diese 13 Prozent abziehen muss, wird er wenig Freude daran haben. Gerade dieser Familienvater ist natürlich daran interessiert, ein möglichst grosses Stück seines Bruttoehnes ausbezahlt zu erhalten. Wenn man also familienfreundlich sein will und das nicht abgegolten ist durch die Familienzulagen und weitere Erleichterungen für die Familien, dann wäre es familienfreundlich, über andere Quellen zu finanzieren. Die Begrenzung der Lohnprozente erscheint mir somit als eine unbedingte Notwendigkeit. Wenn diese 2 Prozent nicht mehr ausreichen sollten, dann muss im Sinne unseres Kommissionspräsidenten neu überlegt werden, wie die Finanzierung sichergestellt werden kann.

Ich möchte noch einen Schritt weitergehen, Herr Kollega Weber. Wenn wir bei diesen Lohnprozenten keine Bremse einbauen, so gefährden wir die ganze Vorlage ausgerechnet in jenen Kreisen, für die wir diesen Verfassungsartikel gestalten wollen. Aus diesen Gründen kann ich mich der Kommissionsmehrheit anschliessen, und dies mit voller Ueberzeugung.

Gestatten Sie mir noch ein Wort zum Minderheitsantrag von Kollega Andermatt. Natürlich wäre es interessant, auf gesundheitsgefährdenden Produkten Sondersteuern zu erheben. Nur müssen Sie sich die Frage stellen: Wer bestimmt, was gesundheitsgefährdend ist? Sie wissen doch, dass auch in der Medizin diese Frage sehr kontrovers beurteilt wird. Bei vielen Produkten kann man nicht von einer Gesundheitsgefährdung sprechen, wenn man sie nicht im Uebermass konsumiert. Im Uebermass konsumiert ist vieles gefährlich: Kaffee, Zucker, Wein und andere Dinge. Im Uebermass angewendet sind auch alle Sprayprodukte gefährlich. Das kann uns Herr Kollega Andermatt besser erklären als ich. Also es ist eine Frage des Masses, und es ist deshalb ausgeschlossen, dass wir in dieser Form Produkte belasten könnten. Ich habe nichts gegen die Einführung einer Alkoholsteuer, aber nicht mit der Begründung, wie sie hier gesucht werden müsste. Aus diesen Gründen wird es mir Herr Kollega Andermatt auch nicht verübeln, wenn ich gegen seinen Antrag stimmen werde.

Abstimmung — Vote

Frage der Finanzierung

Für den Antrag Weber (modifiziert durch die Ablehnung des Obligatoriums)	4 Stimmen
Für den Antrag der Kommission	32 Stimmen

Hofmann, Berichterstatter: Ich habe dazu gesagt, was ich vorläufig über die Zweckbestimmung sagen wollte. Es liegen Abänderungsanträge der Herren Kollegen Honegger und Heimann vor.

Honegger: Nach dem Antrag der Kommissionsmehrheit sollen die Lohnprozente insbesondere für die Heilanstaltsbehandlung verwendet werden. Diese Formulierung könnte meines Erachtens zum Schluss führen, dass alle Kosten der Heilanstaltsbehandlung durch Lohnprozente gedeckt werden sollen. Das ist selbstverständlich nicht der Fall. Herr Bundesrat Tschudi hat bereits darauf hingewiesen, dass die 2 Prozent Lohnbeiträge nicht

genügen würden, um sämtliche Heilanstaltskosten auf diese Art zu finanzieren. Mit meinem Antrag will ich nur verdeutlichen, dass die Heilanstaltskosten nicht allein mit Lohnprozenten zu finanzieren sind, sondern dass auch andere, insbesondere die Versicherten und die öffentliche Hand, einen Kostenanteil auch für die Heilanstaltsbehandlung zu übernehmen haben. Damit soll auch der befürchteten «surconsommation médicale» entgegengewirkt werden. Ich möchte auch mit meinem Antrag zum Ausdruck bringen, dass es nach wie vor besonderer Anstrengungen der Träger der Spitäler bedarf, um eine weitere Beschleunigung der Kostenentwicklung in den Griff zu bekommen. Deshalb bitte ich Sie um Zustimmung zu meinem Antrag. Ich glaube, er entspricht auch der Auffassung der Mehrheit der Kommission.

Heimann: Ich will mit meinem Antrag nicht den ganzen Buchstaben a ersetzen, sondern diesen Antrag auch in den Vorschlag der Mehrheit einbauen.

Mein Antrag richtet sich vor allem dagegen, dass das Schwergewicht der Leistungen nach dem Antrag der Mehrheit auf die Heilanstaltsbehandlung gelegt wird. Ich habe bereits beim Eintreten ausgeführt, dass nicht die Heilanstaltsbehandlung als solche bereits schon unerschwinglich ist, sondern sie wird dann unerschwinglich, wenn sie zu einer kostenintensiven Behandlung wird. Wir wissen, dass gewisse Krankenkassen Leistungen für einen Spitalaufenthalt erbringen, die es erübrigen, dass der Versicherte selbst noch viel an diesen Aufenthalt zu leisten hat. Aber wir haben heute auch Krankheiten, die unerhört kostenintensiv sind, die nicht in den Spitälern behandelt werden, sondern die selbst bei ambulanter Behandlung kostenintensiv sind und vor allem auch in der Heimbehandlung kostenintensiv werden können.

Nun ist es doch allgemein bekannt, dass wir zu wenig Spitalbetten haben. Es darf deshalb nicht der Eindruck erweckt werden, die Hospitalisierung sei geradezu eine Notwendigkeit, um eine kostenintensive Behandlung zu verbilligen. Das Gesetz muss Mittel und Wege finden, diese kostenintensiven Behandlungen in allen Bereichen verbilligen zu können. Deshalb ist es kein Verlust für die Vorlage, wenn der Begriff der Heilanstalt aus der Verfassung verschwindet. Ich schlage Ihnen deshalb vor, zu sagen: «Zur Verbilligung kostenintensiver Behandlung wird ein allgemeiner Beitrag nach den Regeln der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung erhoben, der zugunsten der gesamten Bevölkerung zu verwenden ist.» Diese Formulierung hebt auch die zentrale Bedeutung der Verbilligung der kostenintensiven Behandlung hervor. Ich bin überzeugt, dass wir mit dieser Formulierung den allgemeinen Wünschen und Erwartungen am ehesten gerecht werden können. Das «insbesondere» vor dem Begriff der Heilanstalt vermag diese Ueberzeugung nicht zu vermitteln. Ich bitte Sie deshalb, meinem Antrag zuzustimmen.

M. Guisan: Ces propositions n'ont pas été discutées au sein de la commission et notre Conseil doit donc se déterminer sur le champ. Le point de vue de la commission a toujours été représentée par notre collègue M. Hofmann. Pour que le français soit entendu au moins une fois dans cette salle à l'occasion de ce débat, je me permettrai de donner mon opinion sur ces deux propositions.

A mes yeux, la proposition de notre collègue M. Honegger est acceptable. Je crois qu'elle est même plus avantageuse que la rédaction adoptée par la commission en ce sens que nous avons dit «pour le traitement hospitalier en particulier», ce qui incontestablement privilégie dans une certaine mesure le traitement hospitalier par rapport aux autres traitements. Si nous disons «en vue de réduire le coût du traitement hospitalier», nous n'accordons pas un privilège à un traitement plutôt qu'à un autre. Nous ne disons pas que le traitement hospitalier est meilleur que le traitement ambulatoire, nous disons que le traitement hospitalier est plus coûteux, c'est donc sur le traitement hospitalier que l'on doit appliquer la cotisation obligatoire, parallèle à l'AVS.

Je pense donc que nous pourrions adhérer à la proposition de M. Honegger, je doute que nous puissions en faire de même de la proposition de notre collègue M. Heimann — du reste elles sont en quelque sorte inconciliables.

Une grande difficulté du système adopté par la commission c'est de savoir comment la cotisation obligatoire peut être redistribuée dans le circuit, en faveur non seulement des assurés, des membres des caisses d'assurance-maladie, mais également des non-assurés, qui représentent 5 pour cent environ. Si nous affectons le produit de ces cotisations parallèles à l'AVS au traitement hospitalier en vue d'en réduire le coût — proposition Honegger — tout le monde en bénéficie dans la mesure où tout le monde passe par le traitement hospitalier, ce que l'on peut admettre comme très vraisemblable. Par contre, si nous prenons la proposition Heimann et si nous nous en remettons au coût de la maladie, la question est alors de savoir comment les non-assurés bénéficient de ce versement obligatoire. Nous avons demandé, à la commission, que le groupement que M. Hofmann appelle «Allianz» — c'est-à-dire «rencontre», nous dise comment les non-assurés bénéficieront des cotisations obligatoires. La réponse reçue m'a semblé très peu convaincante, parce que les non-assurés doivent nécessairement passer par les caisses d'assurance-maladie qui fonctionnent comme offices de paiement aussi en faveur des non-assurés. Nous introduisons alors, me semble-t-il, avec la proposition Heimann une grande complication pratique. L'avantage du système de la commission est de simplifier la distribution du produit de la cotisation obligatoire. Quelque justifiée que soit à d'autres égards la proposition Heimann, je crois que, pour des motifs pratiques, nous ferions bien de choisir la proposition Honegger.

Hofmann, Berichterstatter: Grundsätzlich habe ich den Vorschlag der Kommission zu vertreten; wenn man mir aber aus der Kommission nicht widerspricht, so erkläre ich mich mit dem Vorschlag von Herrn Honegger einverstanden. Er sagt etwas, das im Vorschlag der Kommission bereits enthalten ist — ich habe das in der Begründung ausgeführt —, nämlich, dass mit den Lohnprozenten nicht die vollen Heilanstaltskosten bestritten werden wollen noch können. Wenn er nun sagt, dass sie zur Verbilligung der Heilanstaltsbehandlungen zu verwenden sind, so ist das inhaltlich mit dem Vorschlag und der Auffassung der Kommission identisch. Ich — Widerspruch vorbehalten — erkläre mich also mit dem Antrag Honegger in diesem Sinne einverstanden.

Dagegen muss ich Sie ersuchen, den Antrag Heimann abzulehnen, und zwar aus folgender Erwägung. Ich habe dargelegt, dass die Kommission Wert darauf legt, die Mittel dort einzusetzen, woher die Kostenexplosion und der Grund für die Erhebung von Lohnprozenten herkommen. Das sind die Heilanstalten. Wir glauben nicht — es gibt andere Mittel, um das zu verhindern —, dass dadurch die Kostenexplosion in den Heilanstalten weiter gefördert werde. Wir möchten aber verhüten, dass diese Lohnprozente in X-Zwecke auf möglichst kompliziertem Weg gelenkt werden. Wer entscheidet über die Verbilligung «kostenintensiver Behandlungen»? Was ist kostenintensive Behandlung? In den Anstalten ist es das immer; andere Behandlungen müssten im Gesetz allzu kompliziert umschrieben werden. Wir würden Gefahr laufen, dass die Lohnprozente schliesslich für alles und jedes Verwendung finden sollten. Mit dem Wörtchen «insbesondere» haben wir dem Gedanken von Herrn Heimann entsprochen. Wenn es sich als notwendig erweisen sollte, Mittel aus den Lohnprozenten abzugeben, zum Beispiel zur Förderung der Präventivmedizin oder der Hauspflege, dann kann das der Gesetzgeber machen; er erhält diesbezüglich den nötigen Spielraum. Primär aber sollen die Mittel für die Heilanstaltsbehandlungen reserviert werden.

In diesem Sinne beantrage ich Ihnen Zustimmung zum Antrag Honegger und Ablehnung des Antrages Heimann.

Heimann: Lediglich, weil die Frage doch ziemlich wichtig ist, gestatte ich mir, noch einmal das Wort zu ergreifen. Gerade die Ueberlegungen, die uns Kollega Guisan vorgetragen hat, zeigen doch, dass ich den Ball auf eleganteste Weise zurückgeben kann, wenn man mir sagt, mein Vorschlag lasse keine Vorstellung darüber zu, wie er verwirklicht werden soll. Der Kommissionsvorschlag oder der Vorschlag von Herrn Kollega Honegger tun dasselbe. Er sagt «insbesondere». Da ist es ganz klar, dass damit verfassungsmässig anerkannt wird, dass auch noch andere Verbilligungsmöglichkeiten bestehen müssen. Nun gebe ich den Ball zurück und bitte Herrn Kommissionspräsident Hofmann und Herrn Guisan, mir zu sagen, wie wir dann die Verbilligung dort gestalten, wo sich der Patient nicht in einer Heilanstalt befindet. Das ist das Problem. Es kann nicht hinausgeschoben werden, wenn Sie heute erklären, mit meinem Antrag hätte ich darüber keine Vorstellung. Ich kann mir sogar etwas vorstellen, beispielsweise, dass man eine Zentralstelle bestimmt, die nachher die hohen Rechnungen in irgendeiner Form mit Beiträgen verbilligt. Diese Komplikation wäre nicht so gross und besteht bei meinem Vorschlag wie bei der Kommissionslösung.

Es gibt noch einen Grund, um die Kommissionslösung vielleicht doch etwas zurückhaltend zu beurteilen, nämlich die Tatsache, dass jede Subvention kostensteigernd wirkt. Das liegt in der Natur der Sache. Wir werden uns damit abfinden müssen, dass Direktbeiträge an Spitäler zur Kostenkonstanz nichts beitragen, sondern dass diese Beiträge eben kostensteigernd wirken. Haben wir aber diese Situation, glaube ich, wäre es besser, wenn sich die Verfassung auf das Prinzip beschränkte und nachher im Gesetz sowohl die Lösung für das «insbesondere» wie auch für meinen Antrag suchen würde.

Bundesrat Tschudi: Es scheint mir richtig und wichtig zu sein, dass dieses Problem intensiv diskutiert wird.

Es geht nämlich hier um die Umschreibung des Grossrisikos. Man hat uns den Vorwurf gemacht, das Grossrisiko sei fast nicht abzugrenzen. Es ist tatsächlich schwierig, was diese Vorschläge zeigen. Wir haben eine offene Grossrisikoversicherung vorgeschlagen. Ihre Kommission muss auch das Grossrisiko umschreiben. Sie hat ein Obligatorium der Beiträge, also eine obligatorische Versicherung beantragt. Jedermann bezahlt; Leistungen sollen jedermann zukommen, und zwar zweifellos nicht für alle Risiken.

Ich habe Bedenken gegen den Vorschlag von Herrn Ständerat Heimann, weil er wahrscheinlich zu weit geht in bezug auf die Deckung der Leistungen. Der Vorschlag von Herrn Ständerat Heimann führt praktisch zu einer parallelen Krankenversicherung für die Nichtversicherten, denn es können alle Risiken gedeckt werden. Der Bundesrat hat das Grossrisiko umschreiben wollen mit «Heilanstaltsbehandlungen und ähnliche aufwendige Untersuchungen». Man kann diesen Antrag kritisieren. Der Vorschlag Ihrer Kommission und auch der Vorschlag von Herrn Ständerat Honegger sind wohl gleichwertig; ich finde sie nicht ungünstiger, aber sie führen auch nicht zu einem wesentlich anderen Resultat. Es scheint mir, dass man richtigerweise die Heilanstaltsbehandlungen erwähnen muss, denn es geht primär um diese Heilanstaltsbehandlung; sie ist enorm teuer, denn sie belastet nicht nur den kleinen Mann, sondern auch den Mittelstand in einem Ausmass, das in unserem Lande, wie überall, untragbar ist. Hier müssen wir in erster Linie eine Lösung finden auch für den Nichtversicherten.

Es wurde mit Recht darauf hingewiesen, dass primär die Regelung der Krankenversicherung ein soziales Problem ist; sie ist aber auch ein Finanzproblem. Es stellen sich hier ganz dringende Finanzfragen, nämlich die Deckung der untragbar werdenden Spitalkosten für Gemeinden und Kantone. Damit die Kantone und Gemeinden an ihren Spitälern nicht fast «verbluten», muss die Krankenversicherung hier genügend decken können. Ich weiss, dass dieses Bestreben in einem gewissen Widerspruch steht zur Senkung der Spitalkosten, aber wie Herr Ständerat Hofmann mit Recht dargelegt hat, müssen wir mit organisatorischen Mitteln, unter Mitwirkung der Aerzte, diese Spitalkosten eingrenzen. Eine ungenügende Finanzierung birgt die Gefahr in sich, dass die Spitäler sich nicht richtig entwickeln können und damit die Behandlung des Patienten leidet. Es wäre bedenklich, wenn die Medizin Fortschritte machen würde und nachher diese neuen Erkenntnisse nicht zugunsten der Patienten angewendet werden könnten.

Ich möchte Ihnen also empfehlen, auf die Erwähnung der Heilanstalten nicht zu verzichten; dort liegt primär das Problem in sozialer wie in finanzieller Beziehung. Es scheint mir aber richtig zu sein, dass die Leistungen, wie Ihre Kommission durch das Wort «insbesondere» und wie wir durch «ähnliche aufwendige Untersuchungen» vorschlagen, die Leistungen nicht auf die Spitäler beschränkt werden, sondern, dass die Möglichkeit besteht, so weit finanzielle Mittel vorhanden sind und so weit man das organisatorisch bewältigen kann, zusätzliche Beiträge zu gewähren.

Aus diesen Gesichtspunkten möchte ich Sie bitten, nachdem unsere Fassung, die sicher nicht schlechter war als diejenige, die die Kommission vorgeschlagen hat, nicht genehm war, jedenfalls dem Kommissionsvorschlag oder dem Vorschlag von Herrn Ständerat Honegger zuzustimmen.

Abstimmung — Vote

Für den Antrag Heimann	2 Stimmen
Für den Antrag Honegger (und der Kommission)	33 Stimmen

Andermatt, Berichterstatter der Minderheit I: Der Kommissionspräsident hat bereits ausgeführt, wie er sich zu der Erhebung von Sondersteuern stellt. Es ist so, dass die Aerzte, Krankenkassen und die Zahnärzte und neuestens auch die Schweizerische Gesellschaft für Sozialmedizin den Wunsch haben, dass im Zusammenhang mit der Revision dieses Verfassungsartikels auch Sondersteuern vorgesehen werden. Es blieb in der bisherigen Diskussion absolut unbestritten, dass in unserer Wohlstandsgesellschaft durch den Genuss und den Gebrauch von gesundheitsgefährdenden Produkten sehr viele Krankheiten verursacht werden und daraus sehr viele Kosten in der Krankenpflegeversicherung entstehen. Die grössten gesundheitlichen Schäden rühren vom Nikotin- und Alkoholmissbrauch her. Es folgen die giftigen Abgase und auch der Zucker. Zahlenmässig am besten erfasst und wissenschaftlich untersucht sind die Auswirkungen von Alkohol und Nikotin auf die Gesundheit, und auf der ganzen Welt zeigen diese Untersuchungen die gleichen, zum Aufsehen mahnenden Resultate. Wir beklagen jährlich rund 1700 Verkehrstote; Sie kennen den Slogan: «Jeder Verkehrstote ist ein Toter zu viel!» Jährlich werden Hunderte von Millionen ausgegeben, um die Sicherheit unserer Strassen zu heben, um Unfälle zu verhüten. Der grösste Teil der Mittel stammt aus Steuern auf den Motorfahrzeugen und dem Treibstoff. Die Mittel werden nach dem Verursacherprinzip beschafft. 1700 Verkehrstote sind zu viel. Ein Mehrfaches dieser Zahl Menschen stirbt jährlich an Lungenkrebs, chronischer Bronchitis und Herzinfarkt infolge Nikotinmissbrauch. Ein grosser Teil der Nikotintoten stirbt, trotz sehr aufwendiger Behandlungen, erst nach einer langen Leidenszeit. Die Belastung allein für die Krankenversicherung ist sehr bedeutend, ganz abgesehen von der Belastung der Familien und unserer Volkswirtschaft. Was für das Rauchen gilt, gilt auch für den Alkoholmissbrauch. Es gibt heute in der Schweiz 130 000 Alkoholranke, für die die Krankenversicherung aufzukommen hat. Es ist bewiesen, dass 30 Prozent der männlichen Patienten in den schweizerischen medizinischen Kliniken schwer alkoholgeschädigt sind. Rund ein Drittel der in die Spitäler eingewiesenen Verkehrsverunfallten stand unter Alkoholeinfluss. Unter den Neueintreten in psychiatrische Anstalten der Schweiz waren 1966 bis 1968 im Jahresdurchschnitt 1207 Eintritte wegen Alkoholismus. Diese Zahl ist sicher nicht zurückgegangen. Es ist ferner unbestritten, dass das Rauchen und der Alkohol Schrittmacher für die Drogen sind. Neue Untersuchungen beweisen auch die besondere Schädlichkeit des Bleis in den Treibstoffen und Abgasen. Dass der grosse Anstieg des Zuckerkonsums mit dem Anstieg der Zahnkaries und der Zuckerkrankheit einen Zusammenhang hat, ist bekannt. Auch in diesem Rate ist in anderen Zusammenhängen immer wieder betont worden, dass entstehende Instandstellungskosten — möchte ich sagen — vom Schadenverursacher beglichen werden sollen, speziell im Umweltschutz. Heute stehen wir vor der Frage, ob nicht auch in der Krankenversicherungsgesetzgebung die Verursacher zur Kasse gebeten werden sollen. Wenn durch eine Steuer der Konsum oder Verbrauch zurückgehen würde — was

wünschenswert wäre —, wären auch die Schäden und Kosten geringer.

Ich verkenne in keiner Weise die Schwierigkeiten, die sich bei der Annahme meines Antrages in der Gesetzgebung ergeben würden, da heute noch die Steuern auf Tabak und die Bundesanteile der Steuern auf gebrannten Wassern nach Artikel 34quater Absätze 6 und 7 für die AHV reserviert sind. Ein anderer Einwand ist etwa, man solle nicht dem kleinen Mann sein «Bierli» und sein Glas Wein vergönnen und verteuern. Man solle nicht alles das, was in dieser Welt noch zu Fröhlichkeit beitrage, besteuern und die Schweiz in eine Insel griesgrämiger Gesundheitsapostel verwandeln. Wohl keine Berufsgruppe weiss besser als die Aerzte Bescheid um den grossen Wert der Geselligkeit und der Fröhlichkeit für den Menschen. Wir alle aber wissen auch, dass die Geselligkeit, die nur durch Alkohol erlangt wird, unecht und nur von kurzer Dauer ist. Die Befürworter von Sondersteuern sind nicht weltfremde Asketen, sondern sie handeln nach der medizinischen Maxime, dass die Dosis die Güte oder Schädlichkeit ausmache.

In den vielen Diskussionen über die Frage der Sondersteuern gab mir aber folgendes am meisten zu denken:

Niemand bestritt die gesundheitlichen Schäden, verursacht durch gewisse Produkte. Niemand bestritt die grossen Folgen für die Krankenversicherung, jedermann vertrat die Meinung, dass man etwas tun sollte, dann aber kam das grosse «aber doch nicht hier». Man sagte, man würde die ganze Vorlage gefährden mit einem solchen Zusatz. Dies möchte ich bezweifeln; denn unsere Bevölkerung ist im Gegensatz zu früher gesundheits-schädigenden Produkten gegenüber hellhöriger geworden. Ferner ist zu beachten, dass die grosse Mehrheit der Stimmbürgerinnen solche Massnahmen begrüessen würde. Wir haben den Ausführungen von Kollege Heimann entnommen, dass die Erschliessung neuer Finanzquellen sehr schwierig ist. Wenn Sie meinem Antrag zustimmen, besteht mindestens die Möglichkeit, im Notfall neue Finanzquellen zu erschliessen.

Ich glaube, wir sollten mutig heute einen gesundheitspolitischen Schritt vorwärts tun und dem Gesetzgeber die Kompetenz geben, zu gegebener Zeit Sondersteuern auf gesundheitsgefährdenden Produkten zu erheben. Ich bitte Sie, meinem Antrag zuzustimmen.

Abstimmung — Vote

Für den Antrag der Minderheit I	13 Stimmen
Dagegen	19 Stimmen

Hofmann, Berichterstatter: Zu Buchstabe b: Die Kommission beantragt, den Buchstaben b des bundesrätlichen Vorschlages zu streichen. Alles, was darin enthalten ist, haben wir nun unter Buchstabe a geregelt.

Zu Buchstabe c: Der Buchstabe c handelt von der Krankengeldversicherung. Diese bietet bedeutend weniger Probleme als die Krankenpflegeversicherung. Bei der Regelung ist Rücksicht zu nehmen auf die Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers gemäss Arbeitsvertragsrecht oder Gesamtarbeitsverträgen, was im Gesetz und nicht in der Verfassung zu erfolgen hat. Der Bundesrat schlägt das Obligatorium vor für Arbeitnehmer. Die Kommission ist der Auffassung, dass die Kompetenzerteilung an Bund und Kantone genügt. Der Versicherungsgrad in der Krankengeldversicherung ist bereits hoch. Wo noch Lücken bestehen, dürften sie durch die

Sozialpartner vorerst geschlossen werden und, nötigenfalls, über das Obligatorium durch den Bund oder die Kantone. Die Finanzierung hätte in Uebereinstimmung mit dem Bundesrat durch Beiträge der Versicherten zu erfolgen; für Arbeitnehmer hat der Arbeitgeber die Hälfte zu übernehmen. Ich beantrage Zustimmung zum Vorschlag der Kommission.

Eggenberger, Berichterstatter der Minderheit I: Ich habe mir erlaubt, Ihnen zu beantragen, das Obligatorium für die Krankengeldversicherung und für die Unfallversicherung im Sinne des bundesrätlichen Antrages, nämlich für Arbeitnehmer, heute schon in der Verfassung als obligatorisch zu erklären. Ich glaube, da der Unterschied gegenüber dem Antrag der Mehrheit nur ein kleiner und ein leicht verständlicher ist, kann ich mich in der Begründung kurz fassen.

Ich bin der Auffassung, dass die Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer ein notwendiges Element der Existenzsicherung darstellt. Aus meinen kommunalpolitischen Erfahrungen heraus kann ich sagen, dass ich es mehrfach erlebt habe, wie dann, wenn der Ernährer einer Familie in ein Spital eingewiesen werden muss, längere Zeit krank ist und wenn keine ausreichende Krankengeldversicherung entrichtet werden, genügen gerät. Auch die zwei Franken, die da und dort als Krankengeldversicherung entrichtet wurden, genügen natürlich in keiner Weise, um über längere Zeit hinweg eine Familie, deren Ernährer krank darniederliegt und nicht verdienen kann, zu ernähren. Ich habe es oft erlebt, dass dann einfach die Fürsorgebehörde in die Lücke springen musste, um die Leute mit Fürsorgeleistungen einigermaßen zu entschädigen. Darum glaube ich, dass es sich hier um ein bedeutungsvolles Familienschutzpostulat handelt. Nach meiner Meinung können wir ruhig heute schon das Obligatorium für die Krankengeldversicherung einführen; ich bin überzeugt, dass diese Einführung auf alle Fälle kommen wird.

Der Vorschlag der Kommission würde dazu führen, dass entweder der Bund — das kann er heute schon tun — oder die Kantone das Obligatorium einführen. Ich hege grosse Zweifel, ob die Lösung über die Kantone eine befriedigende sein wird; sie würde mehr oder weniger die Fortführung der heutigen, sehr verworrenen Lage mit den verschiedenen Ansätzen in bezug auf das Krankengeld bedeuten.

Die gleiche Auffassung — ich erlaube mir, hier gleich meinen Doppelantrag in einem Zuge zu begründen — hege ich in bezug auf die Unfallversicherung. Heute sollte jeder Arbeitnehmer den Schutz einer Unfallversicherung geniessen können. Ich erinnere mich noch an die Beratungen des Arbeitsgesetzes im Nationalrat. Schon damals wollte man für Arbeitnehmer die Unfallversicherung als obligatorisch erklären. Man beschränkte sich dann auf die Arbeitnehmer in industriellen Betrieben und schloss die übrigen aus, unter dem ausdrücklichen Hinweis darauf, diese Lücke könnte bei einer späteren Revision des KUVG geschlossen werden. Dieser Moment wäre nun gekommen. Auch hier habe ich die Erfahrung gemacht, dass dort, wo eine genügende Unfallversicherung fehlt, Familien in schwerwiegenden Existenznöten geraten können. Ich glaube, wir dürften wenigstens bei diesen beiden Versicherungsarten — Krankengeld und Unfall — das Prinzip des Leistungsausbaues konkretisieren und dem Obligatorium zustimmen. Ich bitte Sie, das zu tun und verweise darauf, dass

wir mit der Obligatorischerklärung der Unfallversicherung für Arbeitnehmer zugleich eine Entlastung der Krankenpflegeversicherung herbeiführen können; denn Sie wissen ja, dass beschlossen wurde, dass dort, wo keine Unfallversicherung besteht, die Krankenpflegeversicherung in die Lücke springen müssen. Ich bitte Sie deshalb, meinen beiden Anträgen zuzustimmen.

Honegger: Der Kommissionspräsident hat meines Erachtens zu Recht darauf aufmerksam gemacht, dass der Versicherungsgrad bei der Krankengeldversicherung in unserem Lande ausserordentlich hoch ist. 1970 — das ist die letzte mir zur Verfügung stehende Zahl — betrug der Versicherungsgrad 3,6 Millionen Personen; heute sind es sicher beträchtlich mehr. Ich glaube, man darf davon ausgehen, dass der grösste Teil derjenigen, welche wegen Krankheit einen Erwerbsausfall erleiden, versichert ist.

Bei der Diskussion um diese Frage vergisst man gerne, dass das neue Arbeitsvertragsrecht bekanntlich die Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers im Falle von Krankheit vorsieht. Wo noch Lücken bestehen sollten, bin ich der Meinung, dass sie in nächster Zeit geschlossen werden, zum Teil aus jenen Gründen, die der Kommissionspräsident anführte. Persönlich bin ich auch der Meinung, dass die Frage der Krankengeldversicherung durch die Gesamtarbeitsverträge zu regeln ist.

Wenn im übrigen ein Bedürfnis für die Einführung der obligatorischen Krankengeldversicherung bestehen würde, hätten die Kantone schon bisher die Gelegenheit gehabt, eine solche einzuführen. Meines Wissens gibt es aber keinen Kanton, der das Obligatorium der Krankengeldversicherung vorgesehen hat; das ist doch wohl der beste Beweis dafür, dass kein Bedürfnis für ein Obligatorium vorhanden ist. Ich bitte Sie, der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

Bundesrat Tschudi: Ich möchte mich gleich zu Absatz 2c und Absatz 3 äussern. Es geht im Prinzip um die gleiche Frage: Obligatorium der Krankengeldversicherung und der Unfallversicherung. Wir können damit etwas Zeit sparen.

Ich bin Herrn Ständerat Eggenberger dankbar dafür, dass er den Vorschlag des Bundesrates wieder aufnimmt und unterstützt. Ich habe bereits im Einleitensvotum erklärt, es bestehe ein sehr geringer Unterschied zwischen der Fassung Ihrer Kommission und jener des Bundesrates: Im einen Fall die Kompetenznorm, im anderen wird zwingend festgelegt, dass die Obligatorien einzuführen seien. Eine verantwortungsbewusste Regierung wird diesen Vorschlag unterbreiten; um so mehr, als im Vernehmlassungsverfahren die Vorlage des Bundesrates praktisch durchwegs Zustimmung gefunden hat (also für das Obligatorium der Krankengeld- und der Unfallversicherung). Auch der berühmte Allianzvorschlag, der heute oft erwähnt wurde, enthält in dieser Beziehung die Fassung des Bundesrates.

Inzwischen hat die Expertenkommission für die Unfallversicherung ihre Arbeiten abgeschlossen; sie wird demnächst ihren umfassenden Bericht publizieren. Sie hat sich insbesondere auch zur Frage des Obligatoriums der Unfallversicherung ausgesprochen. Es heisst dort:

«Die grosse Mehrheit der Expertenkommission hält eine Erweiterung des Obligatoriums auf praktisch alle Betriebe und ihre Arbeitnehmer für angezeigt. Damit entfällt die von den verschiedensten Seiten immer wieder beanstandete und kaum mehr zu rechtfertigende

unterschiedliche Behandlung der Arbeitnehmer. Mit dieser Erweiterung wird vor allem der Ueberlegung Rechnung getragen, dass alle Arbeitnehmer von einem Unfall gleich schwer betroffen werden, seien sie in einem der SUVA unterstellten Betrieb tätig oder nicht. Im übrigen gilt es zu beachten, dass die Gesetzgebung aller europäischen Industriestaaten ihre obligatorische Versicherung der Arbeitsunfälle, einschliesslich der Unfälle auf dem Weg zur Arbeit, auf praktisch alle Arbeitnehmer anwendbar erklären.» . . . usw.

Wir sehen daraus, dass bereits von einer Expertenkommission ein Vorschlag für ein umfassendes Obligatorium existiert, so dass es sicher als gerechtfertigt erscheint, die entsprechende Lösung in der Verfassung festzulegen.

Ich möchte aber noch ein anderes Argument hervorheben. Die Kompetenz für die Einführung der obligatorischen Unfallversicherung wie der Krankengeldversicherung haben wir seit 1890; sie ist im jetzigen Verfassungsartikel enthalten. Um die Bestimmung Ihrer Kommissionsmehrheit aufzunehmen, brauchen wir nicht zu revidieren. Der Sinn einer Revision dieses Artikels kann nur darin liegen, dass wir ein festes sozialpolitisches Programm in der Verfassung aufnehmen, dass wir uns auf bestimmte Punkte festlegen. Wir schränken im Vergleich zum geltenden Artikel die Kompetenzen eher etwas ein. Umgekehrt wollen wir bestimmen, dass diese und jene Sozialversicherungseinrichtung nun in nächster Zeit zwingend geschaffen werden müsse, wobei die Leistungen im einzelnen offen bleiben.

Zu einem solchen Programm passt aber nur die zwingende Vorschrift, wie der Bundesrat sie vorgeschlagen hat und Herr Ständerat Eggenberger sie nun wieder aufnimmt, kaum aber die Kompetenznorm Ihrer Kommissionsmehrheit. Aus diesen Erwägungen heraus glaube ich Ihnen empfehlen zu dürfen, hier an der Fassung des Bundesrates festzuhalten.

Amstad: Ich gestatte mir, noch auf einen Punkt hinzuweisen, der in der Kommission hervorgehoben wurde und der wahrscheinlich die Mehrheit der Kommission veranlasst hat, die vorgeschlagene Lösung zu befürworten. Herr Honegger hat darauf hingewiesen, man sollte die Frage des Obligatoriums offen lassen, nachdem doch ein grosser Teil der in Frage kommenden Arbeitnehmer schon versichert sei. Für mich war dieser Gesichtspunkt nicht ausschlaggebend. Für mich war vielmehr ausschlaggebend, dass Herr Bundesrat Tschudi auf die Expertenkommission hingewiesen und uns erklärt hat, letztere würde zum Schluss kommen, dass man alle Arbeitnehmer dem Obligatorium unterstellen könne. Wir haben uns gesagt, dass wir den Bericht der Kommission nicht kennen und ihm nicht vorgreifen möchten. Wir hätten an sich die Kommissionssitzung nochmals verschieben können, um den Bericht abzuwarten und darnach abschliessend Stellung nehmen zu können. Weil wir die Sache nicht noch weiterverschieben wollten, schlugen wir Ihnen nun die Lösung vor, diesen Punkt offen zu lassen. Es ist aber möglich, dass im Differenzbereinigungsverfahren die Kommission aufgrund dieses Berichtes zu einem anderen Schluss kommen könnte.

Heimann: Ich hätte noch eine Frage: Hat man sich auch einmal überlegt, welcher administrative Aufwand nötig wäre, um festzustellen, ob das ganze Schweizervolk versichert ist und ob sich dieser Aufwand lohnt, nachdem bereits über 90 Prozent versichert sind.

(*Eggenberger*: Es geht nicht um das ganze Schweizervolk, nur um die Arbeitnehmer!) Es kommt hinzu, dass viele Arbeitnehmer ja noch beim Arbeitgeber versichert sind und dass das Geschäft sich an der Prämie beteiligt. Es sind also eher mehr als 90 Prozent. Ich mache auf den Umstand aufmerksam, dass sich bei einem solchen Versicherungsstand eine Administration zur Sicherstellung, dass der gesamte Arbeitnehmerbestand versichert ist, nicht mehr lohnt. Ich glaube, es ist dann doch der rationellere Ausweg, Härtefällen in anderer Form gerecht zu werden. Ich bin aus diesen Gründen auch der Meinung: Es genügt, wenn man Bund und Kantone die Möglichkeit überlässt, ein Obligatorium einzuführen, wenn sich in einem Kanton dazu die Notwendigkeit zeigen würde. Wir sollten der Kommissionsmehrheit zustimmen.

Hofmann, Berichterstatter: Ich ersuche Sie, in beiden Fällen dem Kommissionsantrag zuzustimmen. Wir sind nun zu Absatz 3 hinübergerutscht, wo ein neues Problem hinzugekommen ist, das ich gern noch erwähnt hätte. Die Ausführungen von Herrn Amstad treffen zu. Wir wollten nicht gestützt auf eine mündliche Mitteilung, eine Expertenkommission habe gefunden, das Obligatorium sei gerechtfertigt, gleich schon das Obligatorium beschliessen, ohne Kenntnis dieses Berichtes erhalten zu haben. Damit wäre die Frage präjudiziert. Wenn dieser Bericht kommt und überzeugen wird, dann ist es durchaus denkbar, dass bis dahin der Nationalrat unsere Formulierung abändert in eine zwingende Vorschrift. Aber dass wir jetzt auf die Mitteilung hin, die Expertenkommission finde, ein Obligatorium sei gerechtfertigt — ich kann das verstehen, dass man zu diesem Ergebnis gelangt —, nun bereits das Obligatorium beschliessen, das scheint mir nicht begründet und nicht richtig zu sein. Die Anträge der Kommission ermöglichen alles; es kann sich bis zum Schlusse der Behandlung ergeben, dass man zur Zwangsvorschrift gelangt.

Bundesrat Tschudi: Ich möchte die Diskussion nicht verlängern, da — wie gesagt — es um eine nicht schwerwiegende Streitfrage geht. Die Fassung der Kommission ermöglicht es dem Bundesrat, das Obligatorium vorzuschlagen und dem Parlament, dieses zu beschliessen. Nach meiner Meinung geht es vielmehr um eine Frage der Systematik und auch um ein politisches Problem. Der Verfassungsartikel soll einen bestimmten Inhalt haben, sonst hat er keine Aussicht, in einer Volksabstimmung angenommen zu werden. Wenn ich aber das Wort ergreife, geschieht das nur, um Herrn Ständerat Heimann zu antworten: So kompliziert ist die Durchführung nun auch wieder nicht. Ich mache Sie darauf aufmerksam, dass wohl der komplizierteste Beruf, nämlich die Landwirtschaft, bereits dem Obligatorium der Unfallversicherung unterstellt ist. Dort ist es schon verwirklicht. Es geht also jetzt mehr um das Gewerbe. Dieses ist nicht sehr schwer zu erfassen. Wenn es möglich war, ohne Friktionen und ohne je eine Kritik und eine Beanstandung für die Landwirtschaft eine obligatorische Unfallversicherung durchzuführen, dann ist es auch für die anderen Wirtschaftszweige möglich. Es geht nicht um die Versicherung des ganzen Volkes, sondern nur der Betriebe.

Abstimmung — Vote

Für den Antrag der Mehrheit	23 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	8 Stimmen

Hofmann, Berichterstatter: Wir haben über Absatz 3 diskutiert und auch abgestimmt. Ich betrachte die vorgenommene Abstimmung als für Absatz 3 ebenfalls gültig.

Eggenberger: Ich glaube doch, dass man über diesen Absatz nicht abgestimmt hat und dass wir über das Unfallversicherungsobligatorium jetzt auch noch abstimmen müssen. Die erste Abstimmung hat nur dem Krankengeld gegolten.

Abstimmung — Vote

Abs. 3

Für den Antrag der Mehrheit	21 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	10 Stimmen

Hofmann, Berichterstatter: Absatz 4 wird kaum mehr zu Diskussionen Anlass geben. Wie die Botschaft darlegt, ermächtigt diese Bestimmung den Bund zu verschiedenen Vorkehren. Sie beziehen sich auf die wirtschaftliche Durchführung der Krankenversicherung, die gesamtschweizerische Spitalplanung, die medizinische Versorgung der ganzen Bevölkerung und die Prophylaxe. Ihre Kommission schlägt eine vom Bundesrat akzeptierte Ergänzung in dem Sinne vor, dass bei der medizinischen Versorgung ausdrücklich die Hauspflege erwähnt werde. Dieser kommt grosse Bedeutung zu: Die Spitäler und Aerzte sind überlastet; die Pflege zu Hause ist billiger und für die Patienten menschlich oft besser. Die Hauskrankenpflege ist von grösster sozialer und volkswirtschaftlicher Bedeutung, deshalb auszubauen und zu diesem Zwecke durch den Bund zu fördern. Das Nähere hat das Gesetz zu regeln.

Ich beantrage Ihnen Zustimmung zum Vorschlag der Kommission, dem sich der Bundesrat angeschlossen hat.

Angenommen — Adopté

Ziff. II, Art. 3 und 4

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates.

Ch. II, art. 3 et 4

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral.

Angenommen — Adopté

Postulat der Kommission

Der Bundesrat wird eingeladen, mit der Vorlage eines neuen Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung zu prüfen, wie nicht versicherten Betagten, heimkehrenden Auslandschweizern und Personen, die sich nur unter Vorbehalt versichern könnten, der Beitritt zu einer Krankenkasse zu tragbaren Bedingungen ermöglicht werden kann.

Postulat de la commission

Le Conseil fédéral est invité à examiner, lors de l'élaboration d'une nouvelle loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accident, comment l'adhésion à une caisse-maladie pourrait être rendue possible, à des conditions raisonnables, pour les personnes âgées non assurées, les Suisses de l'étranger rentrant au pays et les personnes qui ne pourraient s'assurer que sous réserve.

Hofmann, Berichterstatter: Die Begründung für dieses Postulat habe ich bereits gegeben. Ich beantrage Ueberweisung an den Bundesrat.

Bundesrat Tschudi: Der Bundesrat ist bereit, das Postulat entgegenzunehmen. Wie Sie dem Text und der Begründung von Herrn Ständerat Hofmann entnehmen können, geht es um drei Punkte, nämlich um die Möglichkeit, den Betagten den Beitritt zu einer Krankenkasse zu gestatten; eine ähnliche Forderung betrifft die heimkehrenden Auslandschweizer, und nach dem dritten Wunsch sollen neu Beitretende ohne Vorbehalt in die Versicherung aufgenommen werden können.

Alle drei Postulate entsprechen der Zielsetzung des Bundesrates. Wir haben von Herrn Ständerat Hofmann gehört, dass das Flimser Modell der Expertenkommission zweckmässige Lösungen dieser Probleme enthält. Der Vorschlag des Bundesrates nach einer Grossrisikoversicherung würde selbstverständlich, weil die Grossrisiken obligatorisch für die ganze Bevölkerung gedeckt sind, alle diese Probleme im Rahmen dieser Grossrisikoversicherung decken, für die kleinen Risiken jedoch müssten die Betroffenen allenfalls selber aufkommen.

Sofern die Vorlage Ihrer Kommission in dieser oder in ähnlicher Form von Volk und Ständen angenommen wird, besteht die Möglichkeit, jedenfalls zwei Punkte zu verwirklichen, nämlich den Betagten die Krankenkassen zu öffnen und auch eine Lösung für die heimkehrenden Auslandschweizer zu finden. Nicht vollständig kann auf Vorbehalte verzichtet werden; denn mit einer freiwilligen Versicherung sind zwangsläufig Vorbehalte verbunden, sonst wären Missbräuche möglich. Es könnte sich jemand nur so lange versichern, als er eine bestimmte Behandlung nötig hat, und nachher würde er wieder verzichten. Aehnliche Missbräuche und Umgehungen wären denkbar. Man kann die jetzige Regelung der Vorbehalte mildern, diese Möglichkeit besteht; aber im Rahmen einer freiwilligen Versicherung muss man den Kassen die Möglichkeit lassen, Vorbehalte zu schaffen, um Missbräuche auszuschliessen.

Der Bundesrat ist also bereit, das Postulat entgegenzunehmen und unter der Voraussetzung, dass eine Verfassungsgrundlage geschaffen wird, dann auch im Gesetz entsprechende Vorschläge zu unterbreiten.

Präsident: Der Bundesrat ist bereit, das Postulat entgegenzunehmen. Wird es aus der Mitte des Rates bekämpft? Das ist nicht der Fall. Das Postulat ist überwiesen.

Gesamtabstimmung — Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Beschlussentwurfes	27 Stimmen
Dagegen	3 Stimmen

Abschreibung einer Motion — Classement d'une motion

Hofmann: Ich bin mit der Abschreibung meiner Motion 11 514 einverstanden.

An den Nationalrat — Au Conseil national

Schluss der Sitzung um 12.35 Uhr

La séance est levée à 12 h 35

Siebente Sitzung — Septième séance

Mittwoch, 26. September 1973, Vormittag

Mercredi 26 septembre 1973, matin

8.00 h

Vorsitz — Présidence: M. Lampert

**11 570. Entwicklungszusammenarbeit
und humanitäre Hilfe**

**Coopération au développement
et aide humanitaire**

Botschaft und Gesetzentwurf vom 19. März 1973
(BBl I, 869)

Message et projet de loi du 19 mars 1973 (FF I, 835)

Beschluss des Nationalrates vom 18. Juni 1973

Décision du Conseil national du 18 juin 1973

Antrag der Kommission

Eintreten.

Proposition de la commission

Passer à la discussion des articles.

Berichterstattung — Rapport général

Mme Girardin, rapporteur: La commission chargée d'examiner le projet de loi fédérale sur la coopération au développement et l'aide humanitaire internationale, du 19 mars 1973, l'a étudiée ainsi que le message qui l'accompagnait et les modifications qui ont été adoptées par le Conseil national, le 18 juin 1973, en présence de M. Pierre Graber, conseiller fédéral, et de ses collaborateurs.

Sans aucun doute, le peuple suisse est acquis depuis longtemps à l'aide humanitaire et ses dons généreux le prouvent. Mais cette aide humanitaire, à ses débuts, n'allait pas de soi et des difficultés de tous ordres, y compris d'ordre juridique, n'ont été éliminées que peu à peu alors que d'autres surgissaient au cours des années.

La conception d'une aide technique à apporter par des pays connaissant un haut développement à des pays freinés dans le leur pour toutes sortes de raisons, date seulement de l'après-guerre et les premières applications ne remontent pas à plus d'une douzaine d'années.

En Suisse, comme dans les autres pays industrialisés, on a pris conscience que la solidarité entre les peuples était indispensable et qu'en définitive tous les pays étaient bénéficiaires d'un meilleur équilibre général.

On a pris conscience aussi qu'une aide à un pays en voie de développement, venue de l'extérieur, n'était pas aussi efficace qu'une action entreprise en commun par le pays receveur et le pays donateur. Et à la notion d'aide s'est substituée la notion de coopération.

Lors des travaux de la commission, la coopération au développement comme l'aide humanitaire ont été largement approuvées mais, en revanche, un débat d'ordre juridique s'est engagé. Divers avis ont été exprimés quant à la base constitutionnelle de la loi. Pour les uns, elle est douteuse et un projet de modification de la

Bundesverfassung. Krankenversicherung. Bericht zum Volksbegehren

Constitution fédérale. Assurance-maladie. Rapport sur l'initiative

In	Amtliches Bulletin der Bundesversammlung
Dans	Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale
In	Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale
Jahr	1973
Année	
Anno	
Band	III
Volume	
Volume	
Session	Herbstsession
Session	Session d'automne
Sessione	Sessione autunnale
Rat	Ständerat
Conseil	Conseil des Etats
Consiglio	Consiglio degli Stati
Sitzung	06
Séance	
Seduta	
Geschäftsnummer	11572
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	25.09.1973 - 08:00
Date	
Data	
Seite	528-557
Page	
Pagina	
Ref. No	20 002 426

Dieses Dokument wurde digitalisiert durch den Dienst für das Amtliche Bulletin der Bundesversammlung.

Ce document a été numérisé par le Service du Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale.

Questo documento è stato digitalizzato dal Servizio del Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale.

Bundesrat Ritschard: Ich danke Ihnen sehr, Herr Präsident, für Ihre freundliche Begrüssung und für die Wünsche. Sie können sich sicher vorstellen, dass bei mir der Wille zu einer guten Zusammenarbeit sehr ausgeprägt vorhanden ist. Ich hoffe, dass wir gut miteinander auskommen werden; an mir soll es dabei nicht fehlen.

Ich habe den Ausführungen der Herren, die gesprochen haben, eigentlich nichts beizufügen. Ich danke für das Verständnis, das man der Sache entgegenbringt. Ich muss einzig auf die Frage von Herrn Ständerat Honegger antworten und kann mitteilen, dass der Bundesrat seine Weisung an die PTT vom 4. September 1968 aufheben wird, wenn die beiden Räte über die Kredite für diese B-Bände, Branchen-Telefonbücher, negativ entscheiden sollten. Wir beharren also, so wenig wie der Verwaltungsrat und die Generaldirektion der PTT, nicht grundsätzlich auf der weiteren Herausgabe dieser Branchen-Telefonbücher. Was wir aber wollen – das ist von Herrn Ständerat Heimann gesagt worden – ist erstens eine schickliche Bestattung dieser Sache, die uns nicht allzuviel Geld kostet. Ich danke sehr für den Sukkurs von Herrn Ständerat Heimann. Wir werden der Publicitas sein Votum unterbreiten. Zweitens – hier folge ich der Terminologie von Madame Girardin, die sie in der Kommission verwendet hat – sollten wir das normale Telefonbuch so ausgestalten, dass Frau Meier, die neu in Genf Wohnsitz nimmt, nicht das ganze Telefonverzeichnis durchlesen muss, bis sie den Coiffeur findet, der ihrer Wohnung am nächsten liegt. Sie muss ihn irgendwo unter Coiffeur finden und nicht unter Meier oder Müller usw. Wir müssen – Sie haben es gehört – den A-Band neu gliedern, wenn der B-Band ausfällt, sonst wird nachher Telefon Nr. 11 zu stark belastet, und es ergeben sich dann dort noch längere Wartezeiten. Ueber diese ist auch geklagt worden.

Mein Departement und die PTT werden die Finanzkommissionen der beiden Räte eingehend dokumentieren. Aufgrund dieser Dokumentation werden Sie in der Märzsession Ihre endgültigen Entscheide «en connaissance de cause» – vor allem wollen Sie wissen, was es kostet – fällen können. Ich glaube, für die Ablehnung der Motion des Nationalrates mag Ihnen die Erklärung genügen, dass der Bundesrat kein Prestige in diese B-Bände hineininvestieren wird. Ich glaube, in diesem Sinne die Frage von Herrn Ständerat Honegger beantwortet zu haben.

Präsident: Wird das Wort noch gewünscht? – Das ist nicht der Fall. Die Kommission beantragt Ihnen Ablehnung der Motion. Ein anderer Antrag ist nicht gestellt. Die Motion ist somit abgelehnt.

11 572

**Bundesverfassung. Krankenversicherung.
Bericht zum Volksbegehren
Constitution fédérale. Assurance-maladie.
Rapport sur l'initiative**

Siehe Jahrgang 1973, Seite 528, hiervor
Voir année 1973, page 528, ci-devant

Beschluss des Nationalrates vom 28. November 1973
Décision du Conseil national du 28 novembre 1973

Differenzen – Divergences

Art. 2 Ziff. I Abs. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 2 ch. I al. 1

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Hofmann, Berichterstatter: Nach den Beratungen im Nationalrat sind, wie zu erwarten war, einige Differenzen verblieben, die es nunmehr zu bereinigen gilt. Vorerst möchte ich feststellen, dass der Nationalrat grundsätzlich der Konzeption folgte, wie sie aus den Beratungen unseres Rates hervorgegangen ist. Die Differenzen sind deshalb kaum prinzipieller, sondern mehr quantitativer und formeller Natur.

Ihre vorberatende Kommission beantragt Ihnen, in den meisten Differenzen dem Nationalrat zuzustimmen, in der Ueberlegung, dass, nicht zuletzt auch angesichts des Zeitdruckes, unter dem wir dieses Bereinigungsverfahren zu absolvieren haben, die Differenzen auf Punkte von einiger Bedeutung beschränkt werden sollen. Ich schlage Ihnen vor, dass wir nun gemäss Fahne die Differenzen absatzweise feststellen und zu bereinigen versuchen.

Hier bestehen zwei Differenzen. In Satz 1 hat der Nationalrat, in Uebereinstimmung mit dem Bundesrat, das Wörtchen «soziale» Kranken- und Unfallversicherung wieder aufgenommen und in Satz 2 den Tarifschutz für die Versicherten neu eingefügt.

Ihre Kommission beantragt Ihnen in beiden Punkten, dem Nationalrat zuzustimmen, und zwar aus folgenden Gründen:

Unser Rat beschloss auf Antrag der Kommission, die Bezeichnung «soziale» Kranken- und Unfallversicherung zu streichen, keineswegs in der Meinung, dass die Versicherung nicht sozial ausgestaltet werden soll, sondern weil dem Wörtchen nur deklaratorische Bedeutung zukomme und die Beibehaltung eher geeignet wäre, Verwirrung zu stiften als Klarheit zu schaffen.

Die nationalrätliche Kommission beantragte dem Rat mit 22 : 0 Stimmen die Wiederaufnahme des Wörtchens, ohne dass dafür von unserer Beurteilung abweichende Gesichtspunkte geltend gemacht worden wären. Der Nationalrat beschloss dann so, und zwar ohne Diskussion. Es ist zuzugeben, dass eine gewisse Abgrenzungsfunktion dem Wörtchen «soziale» gegenüber der Privatassekuranz nicht abgesprochen werden kann, der Privatassekuranz, die der vorliegenden Regelung über die Sozialversicherung nicht untersteht.

Nachdem der Bundesrat die Bezeichnung der Kranken- und Unfallversicherung als «soziale» vorgeschlagen und der Nationalrat ihr oppositionslos zugestimmt hat, könnte ein Festhalten unseres Rates an der Ablehnung den falschen Eindruck erwecken, wir wollten weniger weit gehen, wir möchten die Kranken- und Unfallversicherung nicht sozial ausgestalten und dass der Beibehaltung oder Streichung des Wörtchens eine grössere materielle Bedeutung zukomme. Als diesen Ueberlegungen beantrage ich Ihnen namens der Kommission Zustimmung zum Nationalrat.

Von Tarifschutz war in unserer Kommission und in unserem Rate bei der ersten Behandlung überhaupt nicht die Rede. Er wurde in der nationalrätlichen Kommission aufgegriffen und auf deren Antrag im Nationalrat ohne Opposition beschlossen, im wesentlichen mit der Begründung, dass dem Recht auf freie Wahl der Medizinalpersonen und deren Behandlungsfreiheit als Korrelat ein Recht der Versicherten in Form des Tarifschutzes gegenübergestellt werden müsse.

Im Nationalrat hat Herr Bundesrat Tschudi die Bedeutung des Problems im wesentlichen wie folgt dargelegt: Das Tarifwesen in der Sozialversicherung beruhe primär auf dem Vertragsprinzip, indem zwischen den Versicherungsträgern und den Medizinalpersonen Tarifvereinbarungen abgeschlossen werden. – Bei der Krankenversicherung bestehen solche Vereinbarungen zwischen den Kassen und den Aerzten fast in allen Kantonen. Somit sei der Tarifschutz der Versicherten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen gewährleistet. Problematisch dagegen sei die Rechtslage beim sogenannten vertragslosen Zustand, indem die Frage verfassungsrechtlich kontrovers sei, ob die Aerzte im vertragslosen Zustand auf einen bestimmten Tarif verpflichtet werden könnten. Um solchen verfassungs-

rechtlichen Diskussionen vorzubeugen, wolle die Kommission des Nationalrates den Tarifschutz der Versicherten grundsätzlich in der Verfassung verankern. Dazu sagte Herr Bundesrat Tschudi wörtlich: «In der vorliegenden grundsätzlichen Fassung kann gegen die vorgeschlagene Bestimmung nichts eingewendet werden. Sie ändert nichts am Primat des Vertragsprinzips. Der vorgeschlagene Verfassungszusatz schafft auch nicht besondere Bundeskompetenzen im Tarifwesen, da die Tarifordnung wie heute den Kantonen übertragen werden kann.» Er begründet schliesslich den Tarifschutz nur in grundsätzlicher Hinsicht und überlässt es dem Gesetzgeber, die Voraussetzungen und den schutzwürdigen Personenkreis näher zu umschreiben. Dem Gesetzgeber würde also weiterhin freistehen, den Personen in guten wirtschaftlichen Verhältnissen den Tarifschutz nicht zu gewähren. «Ich darf», sagte Herr Bundesrat Tschudi weiter, «zusammenfassend erklären, dass durch diese Bestimmung der Verfassungsstreit, ob die geltende Ordnung eine Basis in der Verfassung besitzt oder nicht, endgültig geklärt werden soll. Es soll die verfassungsrechtliche Basis geschaffen werden für eine Ordnung, die der jetzigen im geltenden Gesetz entspricht.»

Da dieses Problem das sogenannte Arztrecht berührt, habe ich mich um die Stellungnahme der Verbindung der Schweizer Aerzte bemüht und dabei erfahren, dass sie der Aufnahme des Tarifschutzes gemäss Beschluss des Nationalrates und insbesondere in der Bedeutung, wie sie Herr Bundesrat Tschudi im Nationalrat dargelegt hat, nicht opponiert.

Ihre Kommission beantragt Ihnen einstimmig, in diesem Punkte ebenfalls dem Beschluss des Nationalrates zuzustimmen.

Angenommen – Adopté

Präsident: Wir alle freuen uns, heute zum erstenmal unseren früheren Kollegen, Herrn Dr. Hans Hürlimann, auf dem erhöhten, aber keineswegs weicheren Sitz des Bundesrates zu sehen.

Art. 2 Ziff. 1 Abs. 2 Buchst. a

Antrag der Kommission

Die Krankenpflegeversicherung wird durch Beiträge der Versicherten, des Bundes und der Kantone finanziert und hat den Versicherten eine angemessene Beteiligung an den Krankheitskosten zu überbinden. Es wird überdies ein allgemeiner Beitrag nach den Regeln der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung erhoben, der zugunsten der gesamten Bevölkerung für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung und der Hauspflege sowie für Mutterschaftsleistungen und präventivmedizinische Massnahmen zu verwenden ist; er darf bei Erwerbstätigen 2 Prozent des Erwerbseinkommens nicht übersteigen und wird bei Arbeitnehmern zur Hälfte vom Arbeitgeber übernommen. Bund und Kantone haben dafür zu sorgen, dass sich die wirtschaftlich schwächeren Bevölkerungsgruppen zu tragbaren Bedingungen versichern können. Die Versicherung kann vom Bund oder von den Kantonen allgemein oder für bestimmte Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklärt werden.

Antrag Guisan

Abs. 2 Buchst. a

... der gesamten Bevölkerung für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung und präventivmedizinischer Massnahmen zu verwenden ist; er darf bei ...

Antrag Weber

Abs. 2 Buchst. a

... Es wird überdies ein allgemeiner Beitrag nach den Regeln der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung erhoben, der zugunsten der gesamten Bevölkerung,

insbesondere für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung und der Hauspflege sowie für Mutterschaftsleistungen und präventivmedizinische Massnahmen zu verwenden ist, der zudem bei Arbeitnehmern zur Hälfte vom Arbeitgeber zu übernehmen ist und mindestens 40 Prozent des Gesamtaufwandes der Krankenpflegekosten zu decken hat. Bund und Kantone ...

Antrag Graf

Abs. 2 Buchst. a

... Es wird überdies ein allgemeiner Beitrag nach den Regeln der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung erhoben, der zugunsten der gesamten Bevölkerung, insbesondere für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung und der Hauspflege sowie für Mutterschaftsleistungen und präventivmedizinische Massnahmen, zu verwenden ist; er wird bei Arbeitnehmern zur Hälfte vom Arbeitgeber übernommen und hat mindestens einen Drittel und höchstens die Hälfte des Gesamtaufwandes der Krankenpflegekosten zu decken. Bund und Kantone ...

Art. 2 ch. 1 al. 2 let. a

Proposition de la commission

L'assurance des soins médico-pharmaceutiques est financée par les cotisations des assurés et par les contributions de la Confédération et des cantons; une participation appropriée aux frais de maladie doit être exigée des assurés. Il est, en outre, perçu une cotisation générale, selon les règles de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, qui doit être utilisée en faveur de toute la population, en vue de réduire le coût du traitement hospitalier et des soins à domicile, de même que pour les prestations en cas de maternité et pour les mesures de médecine préventive; elle ne doit pas, pour les salariés et les personnes de condition indépendante, excéder deux pour cent du revenu de l'activité lucrative, l'employeur prenant en charge la moitié des cotisations des salariés. La Confédération et les cantons doivent veiller à ce que les catégories de la population à ressources modestes puissent s'assurer à des conditions raisonnables. L'assurance peut être déclarée obligatoire par la Confédération ou les cantons, en général ou pour des catégories déterminés de la population.

Proposition Guisan

Al. 2 let. a

... toute la population, en vue de réduire le coût du traitement hospitalier et des mesures de médecine préventive; elle ne doit pas...

Proposition Weber

Al. 2 let. a

... Il est, en outre, perçu...

... toute la population, en particulier en vue de réduire le coût du traitement hospitalier et des soins à domicile, de même que pour les prestations en cas de maternité et pour les mesures de médecine préventive, et qui doit couvrir au moins 40 pour cent de l'ensemble des frais médico-pharmaceutiques, l'employeur prenant en charge la moitié des cotisations des salariés. La Confédération et les cantons...

Proposition Graf

Al. 2 let. a

... Il est, en outre, perçu...

... toute la population, en vue de réduire le coût du traitement hospitalier et des soins à domicile, de même que pour les prestations en cas de maternité et pour les mesures de médecine préventive, et qui doit couvrir au moins un tiers et au maximum la moitié de l'ensemble des frais médico-pharmaceutiques, l'employeur prenant en

charge la moitié des cotisations des salariés. La Confédération et les cantons...

Hofmann, Berichterstatter: In diesem Absatz findet sich die wichtigste Differenz zum Nationalrat.

Vorerst fügte der Nationalrat das Wörtchen «überdies» ein, welche Ergänzung rein formeller Natur ist. Ihre Kommission beantragt Zustimmung.

Wichtiger ist die Differenz hinsichtlich des Verwendungszweckes der Lohnprozente. Unser Rat beschloss, dass die Lohnprozente «insbesondere für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung zu verwenden» sind. Der Nationalrat fügt diesem Zweck bei die Hauspflege, Mutterschaftsleistungen und präventivmedizinische Massnahmen. Ursprünglich neigte unsere Kommission dazu, die Lohnprozente ausschliesslich für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung zu reservieren, wo bekanntlich die Kostenexplosion am grössten und damit der Bedarf an zusätzlichen Mitteln am dringlichsten ist. In der Kommissionsberatung wurde dann das Wörtchen «insbesondere» eingefügt, um dem Gesetzgeber eine gewisse Freiheit in der Verwendung einzuräumen, wobei beispielsweise an die Hauspflege und an präventivmedizinische Massnahmen gedacht wurde.

Der Nationalrat will nun die möglichen weiteren Verwendungszwecke in der Verfassung erwähnen, was abstimmungspolitisch sicher seine Vorteile hat. Der Nationalrat behält aber das Wörtchen «insbesondere» bei, womit die Aufzählung wiederum nicht abschliessend wäre. Ihre Kommission beantragt Ihnen, die drei weiteren Verwendungszwecke gemäss Beschluss des Nationalrates zu übernehmen, das Wörtchen «insbesondere» aber zu streichen. Dazu liegt, wie Sie festgestellt haben, ein Minderheitsantrag von Herrn Guisan vor, der neben der Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung nur die präventivmedizinischen Massnahmen aufnehmen möchte. Ich werde darauf nach der Begründung des Antrages zurückkommen.

Materiell ist die Differenz nicht von sehr grosser Auswirkung, insbesondere nachdem – wie ich bereits erwähnt habe – auch nach unserer ersten Umschreibung «insbesondere für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlungen» weitere Verwendungszwecke nicht ausgeschlossen sind.

Die Förderung der Hauspflege ist nicht nur populär, sondern zur Entlastung der Heilanstalten sicher von sehr grosser Bedeutung. Das Bundesamt für Sozialversicherung setzt die Aufwendungen für die Hauspflege unter diesem Titel mit 30 bis 35 Millionen Franken jährlich schätzungsweise in die Rechnung ein, während eine Studienkommission der Verbindung der Schweizer Aerzte vorläufig davon ausgeht, dass die durch die Heimpflege eingesparten Spitalkosten voll in der Heimpflege verwendet werden, so dass die möglichen Einsparungen im Spital und die Kosten der Heimpflege in der Berechnung ausser Betracht fallen können.

Mutterschaftsleistungen sind grundsätzlich ebenfalls zu begrüssen. Dabei wurde in Ihrer Kommission die Auffassung vertreten, dass nicht jede Geburt zum Beispiel mit einem Pauschalbetrag von 500 Franken, wie er diskutiert wird, analog dem bisherigen Giesskannensystem, unterstützt werden sollte. Das Bundesamt für Sozialversicherung schätzt den Gesamtaufwand unter diesem Titel auf rund 20 Millionen Franken jährlich die erwähnte Kommission der Aerztesverbindung etwas höher.

Zweifellos sind präventivmedizinische Massnahmen zu fördern, um so Erkrankungen und damit Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen einzusparen. Das Flimser Modell sah hierfür jährlich 150 Millionen Franken vor. Das Bundesamt für Sozialversicherung schätzt heute ungefähr den gleichen Betrag. Damit ergäbe sich für die drei weiteren Verwendungszwecke ein Total von jährlich rund 200 Millionen Franken, was rund 3 Lohnpromillen entspricht. Bei Erhebung von 2 Lohnprozente, wie das die Kommission vorschlägt, ergibt das etwa ein Neuntel des jährlichen

Ertrages, bei 3 Lohnprozente ist es rund ein Dreizehtel; der Betrag fällt also nicht ausschlaggebend ins Gewicht.

In der Kommission wurden Bedenken erhoben wegen der Gefahr eines damit verbundenen zusätzlichen administrativen Aufwandes und der Schwierigkeit, die Mittel ihrem Zwecke zuzuführen. Auf solchen Bedenken dürfte zum Teil der Antrag von Herrn Guisan beruhen. Im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sozialversicherung konnte uns Herr Bundesrat Hürlimann dazu einigermaßen beruhigende Erklärungen abgeben, indem es dem Gesetzgeber anheimgestellt bliebe, z. B. die Mittel für die Hauspflege über entsprechende Organisationen oder über die Kantone den Gemeinden zuzuleiten; es könnte bei den Geburten auch unterschieden werden zwischen Klinik- und Hausgeburten, indem bei jenen die Klinikkosten allgemein reduziert, bei den Hausgeburten aber höhere Beiträge ausgerichtet werden könnten.

In diesem Zusammenhang wurde in der Kommission ein weiteres Problem von erheblicher Bedeutung aufgeworfen, das zu regeln aber eine Aufgabe des Gesetzgebers darstellen wird: Die Frage, ob die Leistungen der Krankenkassen auch an Insassen von Krankenhäusern, Chronischkrankenheimen und dergleichen ausgerichtet werden sollen. Heute scheint die Terminologie auf diesem Gebiet nicht sehr klar zu sein.

Im Namen der grossen Mehrheit Ihrer Kommission (11 : 4 Stimmen) beantrage ich Ihnen, aus sachlichen und abstimmungspolitischen Gründen das Wörtchen «insbesondere» zu streichen, im übrigen aber dem Nationalrat zuzustimmen.

Urech: Ich beantrage Ihnen, das Wörtchen «insbesondere» stehen zu lassen und im übrigen der Fassung des Nationalrates zuzustimmen. Wie der Herr Kommissionspräsident soeben darlegte, haben wir bei der erstmaligen Behandlung des Geschäftes in unserem Rat jenes Wörtchen «insbesondere» beigefügt, weil wir es dem Gesetzgeber überlassen wollten, zu gegebener Zeit Mittel aus diesen 2 Lohnprozente beizutragen für kostspielige Behandlungen, die wir heute noch nicht im Detail kennen. Meinerseits würde ich es als falsch betrachten, heute die Verwendungszwecke endgültig festlegen zu wollen, sei das in der Fassung der Kommission oder gemäss Antrag des Kollegen Guisan. Die aus den 2 Lohnprozente stammenden Mittel – ich unterstütze jenen Antrag – sollen optimal eingesetzt werden für eine kostensparende und sinnvolle Behandlung komplizierter Fälle. Das kann sowohl in Heilanstalten wie auch in der Hauspflege oder anderswie geschehen. Deshalb mein Antrag, die Fassung mit dem Wörtchen «insbesondere» zu belassen und somit der Fassung des Nationalrates zuzustimmen.

Hofmann, Berichterstatter: Diesem Wörtchen kommt eine grössere Bedeutung zu, als man anscheinend da und dort meint. Wenn der Begriff gestrichen wird, ist die Aufzählung abschliessend; wird er beibehalten, kann die Verzettlung weitergehen. Nach wie vor bin ich der Meinung, dass die beste Lösung jene wäre, wie wir sie bei der ersten Beratung in unserem Rat beschlossen haben. Dann hätte die Möglichkeit bestanden, den Artikel auf weitere Verwendungszwecke auszudehnen. Nun aber ist erwähnt, was hier möglich sein soll. Es käme an und für sich nur noch die ambulante Behandlung in Frage – und das beantragt niemand –, sonst wäre überhaupt alles durch diese Lohnprozente zu tragen, was nach unserer Auffassung unmöglich ist. Nachdem aufgeklärt ist, was irgendwie als nützlich und tunlich erscheint, mit diesen 2 Lohnprozente verbilligt zu werden, sollten wir einer weiteren Verzettlung vorbeugen. Deshalb beantrage ich Ihnen noch einmal, dieses Wörtchen «insbesondere» zu streichen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission
Für den Antrag Urech

31 Stimmen
8 Stimmen

M. Gulsan: La proposition que je vous présente vous a été distribuée. Elle consiste à supprimer au 2e alinéa, lettre a, dans l'énumération, les mots «les soins à domicile et les prestations en cas de maternité». Autrement dit, seuls les coûts du traitement hospitalier et de la médecine préventive seraient réduits par la cotisation générale. On en reviendrait ainsi à la décision primitive du Conseil des Etats qui n'avait gardé à ce 2e alinéa, lettre a, que le traitement hospitalier, version à laquelle je suggère d'ajouter la médecine préventive. Cette proposition a été présentée à la séance de commission du 14 janvier 1974; elle a recueilli 4 voix; si elle n'a pas été annoncée alors comme proposition de minorité, j'ai cru pouvoir vous la présenter aujourd'hui à titre individuel.

Pour faire comprendre cette proposition, en cette matière compliquée, j'essaierai d'énumérer dans une forme simplifiée les domaines de l'assurance-maladie. Le malade peut se faire soigner ou à son domicile – ce sont les soins à domicile – ou chez le médecin – c'est le traitement ambulatoire – ou à l'hôpital – c'est le traitement hospitalier. A tort ou à raison, probablement à tort, nous avons rangé les prestations en cas de maternité dans la même rubrique que les frais d'assurance-maladie, mais il est probablement trop tard pour revenir sur cette assimilation; si nous la maintenons, les prestations en cas de maternité ne se distinguent pas, dans la matière que nous traitons aujourd'hui, de celles accordées en cas de maladie. En effet, les prestations pour la maternité rentrent dans les mêmes trois catégories que je viens d'indiquer: la femme enceinte peut accoucher à son domicile – soins à domicile – elle peut aller consulter le médecin à son cabinet – traitement ambulatoire – elle peut accoucher à l'hôpital – c'est le traitement hospitalier.

Donc, en soi, la maternité rentre aussi dans les trois catégories générales de traitement concevables. Le Conseil national et la majorité de notre commission veulent faire bénéficier de la contribution générale et obligatoire les soins à domicile, la maternité – qu'elle soit à domicile ou ambulatoire –, le traitement hospitalier.

Ce qui reste donc non compris dans les prestations couvertes par la contribution générale, c'est seulement le traitement ambulatoire (chez le médecin). D'accord avec la première version du Conseil des Etats, je veux faire bénéficier de la contribution générale seulement le traitement hospitalier et en exclure le traitement ambulatoire et les soins à domicile, y compris la maternité lorsqu'elle est traitée dans le cabinet du médecin ou à domicile. Mais, de part et d'autre, le président de la commission et moi, nous sommes d'accord pour soumettre à la contribution générale les mesures de médecine préventive. Les débats entre la proposition de la commission et ma proposition portent donc sur les soins à domicile, y compris la maternité, et il s'agit de savoir si nous voulons mettre les soins à domicile au bénéfice ou non de la contribution générale.

Je dis d'abord qu'il n'est pas nécessaire, socialement, de mettre au bénéfice de la contribution générale les soins à domicile car ces soins sont peu coûteux; ils ne sont dans aucune proportion avec le coût des traitements hospitaliers. Dans une note – du reste déjà citée par notre président – du 23 janvier 1974, l'Office fédéral des assurances sociales nous a donné l'état des frais des besoins accessoires, si l'on couvrait par la contribution générale les soins à domicile et la maternité. Pour les soins à domicile, il s'agit de 35 millions; pour les prestations en cas de maternité, il s'agit de 20 millions, c'est-à-dire 55 millions de francs au total. Considérées pour l'ensemble de la population suisse, ces sommes sont extrêmement faibles et sans aucun rapport avec celles que l'on consacrerait à alléger le coût du traitement hospitalier. On ne peut pas dire que ces sommes correspondent à une nécessité sociale. Il en va autrement pour les mesures de médecine préventive, dont le coût est estimé par l'Office fédéral des assurances

sociales à 145 millions de francs. C'est pourquoi je les ai gardées dans ma proposition.

En contrepartie de cette aide aux soins à domicile, que j'affirme inutile et qui ne se monte qu'à 55 millions, les complications administratives seront considérables. Ces 55 millions, inévitablement, devront être déduits de ce que l'on consacrerait aux traitements hospitaliers, où il y a une véritable nécessité sociale.

Je dis que nous allons au-devant de complications administratives considérables car, comme vous le savez, notre contre-projet prévoit que la cotisation générale doit être utilisée en faveur de toute la population. Comment assurer cette utilisation de la contribution générale en faveur de toute la population? Pour les assurés, l'immense majorité de la population, c'est extrêmement simple: ils peuvent en tout cas passer par la caisse d'assurance-maladie à laquelle ils sont affiliés. Mais qu'en sera-t-il pour les non-assurés? Comment bénéficieraient-ils de la contribution générale qu'ils sont tenus de payer mais qui, pour eux, ne passe pas en retour par les caisses d'assurance-maladie puisqu'ils ne sont pas affiliés à ces caisses?

Vous me permettez, à ce sujet, d'indiquer ici les explications de l'Office fédéral des assurances sociales qui a été interpellé sur ce point en séance de commission:

«Es bleibt die Frage, wie die Nichtversicherten, die aufgrund des obligatorischen Bezuges Anspruch auf Leistungen haben, in den Genuss derselben gelangen. Hierfür gibt es verschiedene Möglichkeiten. Zum Beispiel ist es denkbar, für diese Kategorien die Krankenkassen einzusetzen, wenn die Beiträge von der Zentralstelle eingefordert werden. Immerhin ist zu betonen, dass selbstverständlich auch andere Stellen errichtet werden könnten. Möglich wäre auch, dass die Beiträge durch die Kantone zur Verteilung gelangen. Wohl ergeben sich für die Verteilung administrative Aufwendungen, die aber bei ausschliesslicher Verwendung der Lohnrenten für die Kosten der Heilanstaltsbehandlung vermieden werden können; jedoch sind sie nicht unüberwindbar.»

Ces explications, à la vérité, me paraissent annoncer une administration singulièrement lourde et compliquée. Les traitements médicaux sont le plus souvent mixtes en ce qui concerne la matière que nous discutons. Ainsi, pour une même affection, le malade se rend chez son médecin. En l'occurrence, il s'agit d'un traitement ambulatoire qui n'est pas couvert par la contribution générale. Si les examens nécessaires ne peuvent être faits au cabinet médical, le malade est envoyé à l'hôpital. Or ces examens à l'hôpital sont-ils considérés comme ambulatoires, ou bien sont-ce des examens hospitaliers? Sont-ils couverts ou non? Enfin, si le sort le veut, ce malade entre à l'hôpital pour être traité. Dans ce cas, on passe à la catégorie du traitement hospitalier couvert par la contribution générale. Or qui fera la ventilation parmi ces différents postes, entre ce qui est couvert et ce qui n'est pas couvert par la contribution générale? Qui assurera le paiement de la part à la contribution générale dont bénéficie le non-assuré? Sera-ce le patient, le médecin, l'hôpital, ou bien est-ce que ce seront des caisses-maladie auxquelles les non-assurés seront affiliés de force? Enfin sera-ce l'Etat? Voilà en vérité bien des complications pour des sommes extrêmement faibles, alors qu'en fait le traitement hospitalier et la médecine préventive peuvent être clairement définis. En effet, si l'on ne soumet à la contribution générale que le traitement hospitalier et la médecine préventive, on se trouve alors en face de matières qui sont facilement délimitées.

Néanmoins, le plus grave inconvénient du système proposé par la commission du Conseil national et repris dans une certaine mesure par notre commission est d'ordre politique. La structure que nous mettons sur pied est de nature profondément paradoxale, voire contradictoire. Par notre contre-projet, nous instituons une contribution générale aux frais d'assurance-maladie qui est obligatoire,

comme les cotisations AVS. En parallèle, nous n'introduisons pas le caractère d'obligation de l'assurance-maladie. Toute la difficulté de la structure réside dans le fait de combiner l'obligation d'un côté (contribution), la non-obligation de l'autre (assurance). Plus on alloue de prestations au bénéfice de la contribution générale, moins l'on conserve le caractère facultatif de l'assurance. Si presque tout est couvert, à l'exception des soins à domicile, et il s'agit là d'une toute petite somme comme l'on voit, à quoi bon l'assurance facultative? Mieux vaut l'assurance obligatoire, et c'est alors que notre contre-projet ne donne satisfaction ni aux partisans de l'obligation, qui ne se trouvent pas devant un système formellement parfait, ni aux partisans du facultatif qui sont malgré tout englobés dans un système aux quatre cinquièmes obligatoire. Si nous suivons notre commission, nous apporterons des arguments aux partisans de l'initiative et nous enlèverons des arguments aux partisans du contre-projet, lequel ne garde presque plus rien de facultatif. En conséquence, si nous nous en tenons à la rédaction du Conseil national, à laquelle se rallie la majorité du Conseil des Etats, j'ai la conviction qu'en votation populaire le contre-projet va au-devant d'un échec. J'ai plutôt l'impression que la décision interviendra en faveur de l'initiative ou bien alors, face au peuple et aux cantons, nous trouverons devant deux «non».

Comme je puis, dans certaines conditions, me rallier à un projet de nouvel article constitutionnel sur l'assurance-maladie, je me permets de vous proposer d'adopter la proposition que je viens de développer.

Eggenberger: Ich fühle mich verpflichtet, den Antrag Guisan zu bekämpfen. Sie haben vorhin den Ausdruck «insbesondere» gestrichen, und damit ist die Aufzählung der Gebiete, die aus Beiträgen gemäss AHV-Regelung bestritten werden sollen, definitiv und abschliessend festgelegt. Ich halte dafür, dass die weitere Einschränkung, die der Antrag von Kollege Guisan bringt, politisch und sachlich sich nicht verantworten lässt. Ich denke hier vor allem an die Bedeutung der Hauspflege. Ich bin der Ueberzeugung, dass die Hauspflege ein Gebiet der medizinischen Behandlung unseres Volkes darstellt, das sich weiter entwickeln wird und weiter entwickeln muss. Vor allem scheint mir die Förderung der Hauspflege wahrscheinlich das beste Mittel zu sein, um die Kostenexplosion im Spitalwesen einzuschränken. Denn je mehr Leute sich zu Hause versorgen lassen, desto weniger werden die Spitäler beansprucht. Ich halte aber auch dafür, dass vor allem aus politischen Gründen die Ausschaltung der Mutterschaftsversicherung sich nicht verantworten lässt. Ich glaube nicht, dass derartige Schwierigkeiten administrativer Natur bestehen werden, wie Herr Kollege Guisan dies befürchtet; sie werden sich sicher lösen lassen.

Aus diesen wenigen Ueberlegungen heraus möchte ich Sie bitten, dem Antrag der Kommission zuzustimmen und den Antrag von Kollege Guisan abzulehnen.

Mme Girardin: Je m'étais permis, lors d'une des premières séances de commission, de faire remarquer que les mouvements féminins avaient toujours été contre l'assimilation de la maternité à la maladie, notamment en ce qui concerne l'assurance, et l'on m'avait rassurée en m'affirmant que les milieux féminins avaient changé d'opinion et s'étaient ralliés à cette façon de traiter le sujet. Cependant, on se trouve là devant un cas – et M. Guisan l'a très bien souligné – où l'on traite la maternité par analogie avec la maladie, et je dois dire que je regrette que ces deux sujets aient été traités dans la même loi. En effet, dans d'autres pays d'Europe, ces sujets sont traités d'une manière semblable mais dans deux lois séparées, ce qui évite certaines confusions. J'ai voté l'amendement de M. Guisan en commission et je tenais à préciser ma pensée vis-à-vis des femmes – parce qu'il serait tout de même

curieux qu'elle soit interprétée comme antiféministe! – Ce n'est pas mon intention: si j'ai voté l'amendement de M. Guisan en séance de commission, c'est parce qu'au moyen de l'article que nous traitons, la commission du Conseil des Etats, au cours de longues heures de travail, avait essayé de donner une réponse au difficile problème des gros risques. Or, après la modification apportée par la commission du Conseil national, nous n'avons plus de réponse à cette question des gros risques, mais nous adoptons une autre attitude vis-à-vis de l'assurance-maladie, qui soulève alors les problèmes que mon collègue a évoqués tout à l'heure.

Malgré le changement essentiel ainsi introduit dans cet article, et seulement parce que la maternité y est maintenant traitée, je ne peux faire autrement que de voter l'article comme il nous est proposé. Mais je tenais tout de même à faire remarquer que nous nous sommes éloignés fondamentalement du travail qui avait été le nôtre en commission et de cet essai de solution au problème des gros risques.

Hofmann, Berichterstatter: Als Kommissionspräsident fühle ich mich nicht nur, sondern ich nehme an, ich sei verpflichtet, den Antrag der Kommissionsmehrheit zu vertreten und Ihnen zu beantragen, den Vorschlag Guisan abzulehnen. Er hat ihn schon in der Kommission gestellt. Wir haben darüber diskutiert und mit 11 : 4 Stimmen abgelehnt.

Herr Guisan führt hauptsächlich zwei Bedenken an: einerseits, dass die ausführliche Erwähnung der Heilanstaltsbehandlung und der Hauspflege und die Weglassung der ambulanten Behandlung dazu führen könne, dass die Tendenzen entstehen könnten, Heilanstaltsbehandlung und Hauspflege der ambulanten Behandlung vorzuziehen; sodann macht er auf die administrativen Umtriebe, auf die Schwierigkeiten, die Mittel auf einfachem Wege der Zweckbestimmung zuzuführen, aufmerksam. Wir hatten für die Bedenken von Herrn Guisan einiges Verständnis, aber nicht genügend, so dass ich beantrage, dem Vorschlag des Nationalrates zu folgen.

Die Hauspflege ist zweifellos das Lieblingskind der Parlamentarierinnen; das ergibt sich aus den Beratungen in Kommission und Plenum des Nationalrates, und wir dürfen folgerichtig schliessen, dass den Schweizer Frauen an der Förderung und Unterstützung der Hauspflege sehr viel gelegen ist; sicher mit Recht. Ich habe bereits darauf hingewiesen, dass über die Hauspflege die Spitäler und Kliniken wohl am besten entlastet werden können. Zu fürchten aber, dass zu Lasten der Hauspflege die ambulante Behandlung benachteiligt, also weniger angestrebt werde, glaube ich, ist nicht richtig, denn die Hauspflegerinnen werden so rar sein, dass sie dafür sorgen werden, sorgen müssen, dass nicht Leute, die sich ambulant behandeln lassen können, die Hauspflege beanspruchen.

Nun die Mutterschaftsleistungen. Ich habe bereits darauf hingewiesen, dass diesbezüglich auch in der Kommission gewisse Zweifel bestanden, ob nun jede Geburt unterstützt werden soll, direkt durch einen Pauschalbeitrag oder indirekt durch Zuwendung an die Geburtskliniken. Dass die Heimgeburten mit Recht gefördert werden sollten, ist sicher begründet, und zwar stark zu fördern wären zur Entlastung der Kliniken. Wenn aber, wie ich dargelegt habe, die Mittel für die Ausrichtung von Mutterschaftsleistungen nicht im Sinne eines Individualanspruches, sondern über die Kliniken, über die Spitäler zur Verbilligung der Geburtskosten verwendet werden, dann dürfte der administrative Aufwand nicht unbewältigbar sein.

Das Bundesamt für Sozialversicherung schätzt in einem neuesten Vorschlag die Kosten für die Mutterschaftsleistungen auf 20 Millionen Franken mit der Einschränkung, dass sie für die ambulante Behandlung begrenzt werden sollen. Das hat offenbar die Meinung, dass die Spitäler und Kliniken bereits von den Lohnprozenten profitieren

und damit indirekt auch die Geburtskosten reduziert und dass die Zuwendungen unter dem Titel Mutterschaftsleistungen für ambulante Behandlung reduziert werden können. Dann fällt der Betrag von 20 Millionen Franken nicht erheblich ins Gewicht, und es dürfte auch möglich sein, das ist dann allerdings Sache der Gesetzgebung, die Mittel administrativ vernünftig ans Ziel zu leiten. – Präventivmassnahmen sind nicht angefochten.

Eine letzte Bemerkung. Ich muss hier Herrn Eggenberger unterstützen. Ich erinnere daran, dass wir ursprünglich die Formulierung hatten, «insbesondere für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlungen». Der Nationalrat geht weiter; er hat das Wort «insbesondere» beibehalten, um damit eventuell die Zwecke noch ergänzen zu können. Wir haben das Wörtchen «insbesondere» gestrichen und damit die drei zusätzlichen Zwecke anerkannt. Herr Guisan lässt das Wörtchen «insbesondere» weg, wodurch die Verwendung der Lohnprozente auf die Verbilligung von Heilanstaltsbehandlungen und für die präventivmedizinischen Massnahmen endgültig beschränkt wäre. Denken Sie an die Volksabstimmung! Nachdem im Sinne einer besseren Transparenz im Vorschlag des Nationalrates Hauspflege, Mutterschaftsleistungen enthalten sind, würde sich eine Streichung nicht eben positiv zugunsten dessen auswirken, was wir hier schaffen und dem Volke zur Annahme unterbreiten wollen. Ich glaube deshalb, es sei aus diesen Gründen sinnvoll, den Antrag Guisan trotz gewissem Verständnis in einzelnen Punkten abzulehnen.

M. Guisan: Avant de revenir sur deux points, j'aimerais dire que je suis très reconnaissant à mes collègues qui ont bien voulu attacher quelque attention à ma proposition.

Je ne propose pas de diminuer ce qui sera consacré à l'assurance-maladie, je propose de le concentrer sur le traitement hospitalier et sur la médecine préventive. Il s'agit pour les soins à domicile de 35 millions. Admettons qu'il y a 7 millions d'habitants en Suisse, cela fait 5 francs par an et par tête. Voilà le point dont nous discutons, et, à cause de ces 5 francs par an et par tête, nous introduisons des complications administratives considérables.

En ce qui concerne la maternité, il est question de 20 millions. Je ne sais pas combien de jeunes Suisses ont le bonheur de voir le jour chaque année, je pense qu'ils sont entre 100 000 et 200 000; cela représente, par naissance, de 100 à 200 francs qui seraient distribués, j'imagine, aux dames qui ont la chance d'avoir tous les moyens nécessaires comme aux dames qui ont des moyens nettement insuffisants. Je dis que, pour ce résultat-là, cela ne vaut pas la peine d'introduire ces deux domaines complémentaires.

Bundesrat Hürlimann: Darf ich Ihrem Präsidenten zunächst ganz herzlich für seine Worte der Begrüssung danken und Ihnen gleichzeitig sagen, wie gut meine Erinnerung an diesen Rat, den ich im Dezember verlassen habe, ist und bleiben wird. Ich will mir Mühe geben, dass auch in Zukunft diese Erinnerung positiv bleibt.

Wenn Sie mir gestatten, zu der Frage, die Sie jetzt zu entscheiden haben, noch die Auffassung des Bundesrates darzulegen, dann kurz folgendes:

Sie haben sich in einer ersten Abstimmung darüber entschieden, dass Sie die Zweckbestimmungen für die Leistungen abschliessend aufzählen wollen. Das ist ein grundsätzlicher Entscheid, der meines Erachtens – das wurde bereits erwähnt – eine gewisse psychologisch-politische Bedeutung hat, wenn es später darum geht, zu erklären, was mit den Leistungen, über die Sie noch zu befinden haben, letztlich geschehen soll. Nachdem dieser Entscheid gefällt ist, bleibt tatsächlich noch die Frage: Sollen wir in der Verfassungsgrundlage die vier Zweckbestimmungen aufnehmen wie sie der Nationalrat umschrieben

hat, oder wollen wir dem Antrag von Herrn Guisan zustimmen? Wie dies bereits in der Kommission dargelegt worden ist, scheint es auch mir aus verschiedenen Gründen – nicht nur aus den referendumpolitischen Erwägungen, sondern auch von der Sache her – richtig zu sein, der Mehrheit der Kommission zuzustimmen und diese vier wesentlichen Bereiche von Leistungen für die Abdeckung von Aufwendungen zu umschreiben.

Gestatten Sie mir zunächst ein Wort zur Hauspflege. Ich will nicht wiederholen, was gesagt wurde, sondern möchte Sie nur daran erinnern, wie viel mehr wir für eine nicht schwerkranke Person, die während Tagen oder Wochen ein Spitalbett belegt, aufwenden im Vergleich zu jemandem, den wir sporadisch mit einer organisierten Hauspflege gerade so gut, vielleicht zum Teil noch besser, daheim pflegen können. Abgesehen davon, dass uns dieses Spitalbett möglicherweise für viel schwierigere und akutere Fälle fehlt. Ich glaube, aus der Interdependenz der Spitalkosten einerseits und der Hauspflege andererseits haben wir alles Interesse, hier festzuhalten, dass die Hauspflege zu fördern sei. Dabei stelle ich mir auch nicht vor, dass wir Beiträge an die Mutter ausbezahlen, die ihr Kind pflegt, sondern dass wir die Hauspflegeorganisationen unterstützen. Es gibt nämlich ganz gute; etwa die Familienhelferinnen, welche verschiedene Organisationen in dieser Richtung haben oder sogar ganze Orden, welche sich auf die Hauspflege spezialisieren. Daran sind wir aus der Kostensicht interessiert. Ganz abgesehen davon ist, wie der Präsident gesagt hat, diese Unterstützung meines Erachtens zu Recht ein Lieblingskind unserer Parlamentarierinnen und Frauen, denn jede gute Mutter pflegt ihre Angehörigen lieber zu Hause, als dass sie sie im Spital weiss. Wir haben ein Interesse daran, den Hauspflegedienst unter diesem Gesichtspunkt zu fördern.

Nun zur Mutterschaft. Ich gebe ohne weiteres zu, dass man diese grundsätzlichen Ueberlegungen, die Herr Ständerat Guisan entwickelt hat, anstellen kann. Aber wir können nicht wegdiskutieren, dass bis heute die Mutterschaftsleistungen mit der Krankenversicherung schon verbunden waren. Die privaten Krankenversicherungen zahlen heute schon Leistungen an die Mutter, die in eine Klinik geht oder sich auf eine Geburt freut. Das können wir jetzt bei der Diskussion über einen Verfassungsartikel nicht einfach negieren. Weiter darf man bei dieser Gelegenheit beifügen, dass wir dank der Medizin, der Klinikgeburten, der Hygiene in diesem Bereich unendlich viel erreicht haben. Gottseidank werden viel weniger Mütter im Zusammenhang mit der Geburt krank. Ich sehe dies auch – man hat das ebenfalls in der Kommission dargelegt – auf der Stufe der Gesetzgebung etwas einfacher, und zwar in dem Sinne, dass im Prinzip die Klinikgeburt ein Teil ist, an dem die gesamte Bevölkerung teilhaben soll. Wir können dazu später noch immer Stellung nehmen. Das steht deshalb deutlich im Verfassungsartikel, weil auch von der gesamten Bevölkerung die Leistungen und die Mittel aufgebracht werden. Und wenn eine Bäuerin zu Hause in ihrem Berg-hof ein Kind zur Welt bringt, ist diese Leistung, vielleicht über den Kanton oder über die Hebamme, noch mehr als gerechtfertigt. Wenn Sie Pro und Contra dieser Frage einander gegenüberstellen, und berücksichtigen, dass der Nationalrat dieses Problem aufgeworfen hat, diese drei Begriffe (inklusive die unbestrittene Präventivmedizin) also bereits im Bewusstsein sind, kann es sich meines Erachtens der Ständerat kaum mehr leisten, im Rahmen des Differenzbereinigungsverfahrens diese Begriffe jetzt zu eliminieren. Meiner Ansicht nach haben Sie allen Grund, dem Antrag der Kommission zuzustimmen. Der Nationalrat muss danach ohnehin, wie Sie das heute auch getan haben, auf das Wörtchen «insbesondere» zurückkommen, weil hierin zwischen Ihrem Rat und dem Nationalrat noch eine Differenz bleibt. Ich beantrage Ihnen Namens des Bundesrates Zustimmung zum Antrag der Kommission.

Präsident: Wir entscheiden zwischen dem Antrag Guisan und dem Antrag der Kommissionsmehrheit.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Guisan	9 Stimmen
Für den Antrag der Kommission	31 Stimmen

Hofmann, Berichterstatter: Wir kommen nun zur Hauptdifferenz: Sollen die Lohnprozente in der Verfassung auf 2 oder 3 Prozent oder sonstwie limitiert werden, nachdem zwischen Nationalrat und Ständerat grundsätzlich Uebereinstimmung besteht darüber, dass Lohnprozente erhoben werden sollen und dass sie in der Verfassung zu fixieren sind.

Nach eingehender Beratung und Prüfung auch anderer Vorschläge beantragt Ihnen die Kommission mit 12 zu 2 Stimmen, an unserem früheren Beschluss festzuhalten. Der Nationalrat hat sich mit 92 zu 81 Stimmen für 3 Prozent entschieden. Dazu nochmals einige prinzipielle Hinweise.

An die Finanzierung der sozialen Krankenversicherung sind nach Auffassung Ihrer Kommission im wesentlichen folgende Anforderungen zu stellen: Der vorgesehene Leistungsausbau, über den praktisch keine Meinungsverschiedenheiten mehr bestehen, muss realisiert werden können. Die bestehenden heutigen Mängel – die zu starke Belastung der Familie und der wirtschaftlich schwächeren Kreise durch Individualprämien – müssen beseitigt werden können. Durch entsprechende Gestaltung der Individualprämien und der Selbstbeteiligung ist die Verantwortung des einzelnen zu fördern. Der Kostenexplosion muss möglichst wirksam entgegengewirkt werden, und schliesslich muss die getroffene Lösung wirtschaftlich tragbar sein.

Ihre Kommission glaubt nach wie vor, dass ihr Vorschlag diesen Anforderungen gerecht wird. Der hier anzustellenden Rechnung wird die Schätzung des Gesamtaufwandes für die soziale Krankenversicherung im Jahre 1976 mit 6,980 Milliarden zugrunde gelegt, was wertmässig rund 7,8 Prozent AHV-Löhnen entspricht. Daran sollen nun neu durch Lohnprozente der Arbeitgeber und Arbeitnehmer jährlich aufgebracht werden: Bei 2 Prozent rund 1,940 Milliarden oder 30 Prozent der Gesamtausgaben, bei 3 Prozent gemäss nationalrätlichem Beschluss rund 2,91 Milliarden oder etwa 45 Prozent der Gesamtausgaben. Der Restbetrag von 70 respektive 55 Prozent ist aufzubringen durch Beiträge der öffentlichen Hand (bis anhin rund 20 Prozent der Gesamtkosten, was grundsätzlich beibehalten werden soll), die gemäss neuem Verfassungstext vorab dafür zu verwenden sind, dass sich die wirtschaftlich schwächeren Bevölkerungsgruppen zu tragbaren Bedingungen versichern können, also zur Verbilligung der Individualprämien für Familien und wirtschaftlich schwächere Kreise. Das bisherige unsoziale Pro-Kopf-System, wo jeder Versicherte, jedes Krankenkassenmitglied profitiert von den Beiträgen der öffentlichen Hand, soll dahinfallen.

Die dritte Finanzierungsquelle bilden die Individualprämien, die, wie ich soeben dargelegt habe, für wirtschaftlich schwächere Kreise – und ich betone nochmals, für Familien usw. – durch die Beiträge der öffentlichen Hand tragbar gestaltet werden sollen.

Die vierte Finanzierungsquelle ist die Kostenbeteiligung, die sogenannte Franchise: Man nimmt an, dass unter diesem Titel ungefähr 10 Prozent als angemessen und tragbar erscheinen. Hierin sieht Ihre Kommission ein wirksamstes Mittel zur Hebung der Selbstverantwortung und zur Zurückhaltung in der Inanspruchnahme ärztlicher und Anstaltsbehandlungen. Dabei ist Ihre Kommission der Auffassung, dass hier bei der Franchise noch eine zusätzliche Quelle für die Beschaffung ergänzender Mittel liegt, indem die Franchise abgestuft werden soll, je nach der Finanzkraft der Versicherten.

Gestatten Sie mir noch einen kurzen Blick darauf, wie sich die Finanzierung nach den heute gültigen Bestimmungen und nach dem neuen System, gemäss den Beschlüssen

des National- und des Ständerates, regeln würde: Nach dem heutigen System werden von den Versicherten über die Individualprämien Selbstbehalte, Franchise und dergleichen rund 75 Prozent der Kosten aufgebracht, von der öffentlichen Hand rund 20 Prozent und durch die Arbeitgeber in der Krankengeldversicherung rund 5 Prozent. Neu, nach den Beschlüssen unseres Rates mit Lohnprozenten in der Höhe von 2 Prozent, ergäbe sich folgende Finanzierung, ausgedrückt in Prozenten: Lohnprozente 30 Prozent der Gesamtausgaben, wovon die Hälfte zu Lasten des Arbeitgebers, nach dem Beschluss des Nationalrates rund gut 45 Prozent, wiederum je zur Hälfte, die öffentliche Hand mit weiterhin rund 20 Prozent, so dass die Versicherten, die bis anhin, nach dem heute gültigen System, 75 Prozent aufzubringen haben, an Prämien noch zu beschaffen hätten rund 40 Prozent und über die Franchise rund 10 Prozent, wobei – um objektiv und gerecht zu sein – noch dazu kommt grundsätzlich die Hälfte der Lohnprozente. Aber auch so ergibt sich gegenüber dem heutigen Finanzierungssystem nach den Vorschlägen des Ständerates und des Nationalrates eine ganz erhebliche ins Gewicht fallende Entlastung der Versicherten, wobei – ich wiederhole – wirtschaftlich schwächere Kreise und die Familien durch die ausdrückliche Verwendung des Beitrages der öffentlichen Hand zusätzlich entlastet werden sollen.

Die Kommission hat sich sodann mit der Frage befasst, wie sich die Verhältnisse in Zukunft gestalten würden, wenn sich, wie bis anhin, die Krankenpflegekosten und die AHV-pflichtigen Löhne nicht in gleichem Masse anheben. Würden sie in gleichem Masse ansteigen, so trügen 2 bzw. 3 Prozent weiterhin grundsätzlich den gleichen Anteil an den Gesamtkosten. Nun aber ist es Tatsache, dass in den Jahren 1965 bis 1971 die Krankenpflegekosten pro Jahr um rund 16 Prozent gestiegen sind, die Löhne nur um 9 Prozent. Es ist zu befürchten – das sei nicht bestritten –, dass die beiden Kurven auch in den nächsten Jahren nicht parallel verlaufen werden, sondern dass eine Differenz entsteht zu Lasten der Krankenpflegekosten. Das darf nach Auffassung Ihrer Kommission nicht mit Resignation einfach in Kauf genommen, sondern es muss versucht werden, dieser Entwicklung mit aller Kraft entgegenzuwirken, sie womöglich zu stoppen. Voraussetzungen dafür sind zweifellos gegeben. Ich möchte jetzt vorläufig nicht näher darauf eintreten.

Ihre Kommission glaubt nach wie vor nicht, dass dieses Entgegenwirken und Stoppen durch eine rasche Erhöhung der Lohnprozente oder durch deren Fixierung auf einen prozentualen Anteil an den Gesamtkosten geschehen kann. In beiden Fällen – keine Fixierung oder Fixierung in einen prozentualen Anteil an den Gesamtkosten – würden die wirksamen Bremsen fehlen. Diesen Vorwurf muss ich vorab auch dem Antrag von Kollege Weber gegenüber machen, auf den ich nachher wahrscheinlich noch zu antworten haben werde.

Was aber, fragte sich die Kommission, soll geschehen, wenn die Zeit kommen sollte, dass 2 oder eventuell 3 Prozent nicht mehr genügen? Zuerst wäre ernsthaft zu prüfen, was über die Anpassung der Individualprämien und der Selbstbeteiligung an die veränderten Verhältnisse beschafft werden kann. Wenn das nicht mehr genügt, dann muss wohl nach weiteren Finanzquellen Ausschau gehalten werden. Wäre es so verfehlt, zu gegebener Zeit das Schweizervolk vor die klare Alternative zu stellen, ob es die Erhöhung der Lohnprozente oder z. B. die Einführung von Sondersteuern vorzieht?

Zum Schluss dieser Betrachtungen möchte ich noch den Vorwurf gegenüber unserem Rate zurückweisen, unsere Lösung wäre unsozial oder z. B., wie es letzte Woche in der «Rundschau» am Fernsehen geäussert wurde, dass von der Erhöhung der Lohnprozente von 2 auf 3 der wirksame Ausbau der Hauspflege abhängt. Das ist nicht richtig. Für die Hauspflege sollen und werden die zweckmässigen und notwendigen Mittel zur Verfügung stehen. Ich habe dargelegt, dass der dafür benötigte Betrag nicht der-

art ins Gewicht fällt, dass er in das Kalkül extra eingesetzt werden müsste.

Mit diesen Ausführungen beantrage ich Ihnen im Namen der Kommissionsmehrheit, an unserem früheren Beschluss, also an den 2 Prozent, festzuhalten.

Weber: Ich muss gestehen, lange habe ich mich gefragt, ob es nicht unter den gegebenen Umständen besser und bequemer wäre, bei der Weiterbehandlung dieses Geschäftes zu resignieren. Es hat sich erneut bei den Beratungen in der Kommission gezeigt, dass man von seiten der bürgerlichen Mitglieder nicht zu den kleinsten und begründetsten Kompromissen bereit war. Es hat sich im Gegenteil bestätigt, dass sich die grosse Mehrheit in der Rolle der Starken und Mächtigen zu gefallen scheint. Es hat sich auch erwiesen, dass einzelne Ratsmitglieder, die an und für sich eingesehen haben, dass man im Begriffe ist, etwas Unvollständiges zu schaffen, gegen ihre Ueberzeugung stimmen und einer besseren Lösung ihre Unterstützung versagen, weil man wahrscheinlich nicht gerne bei den Verlierern ist.

Doch auch wenn es undankbar ist, immer wieder die Rolle eines Rufers in der Wüste spielen zu müssen, dürfen wir in dieser Sache auch jetzt nicht aufhören, an eine Wende zum Guten zu glauben. Wir wollen damit dokumentieren, dass wir voll und ganz davon überzeugt sind, dass unsere Auffassung schon heute, erst recht aber im Blick auf die kommende Entwicklung, die allein richtige sein kann. Glauben Sie uns, wäre es uns nicht ernst im Bestreben zu einem vertretbaren Verständigungswerk zu kommen, dann hätten wir längst aufgehört, Anträge zu stellen und für diese Anträge zu streiten, die etwas von dem, was die Initiative zum Ziele hat, zu verwirklichen imstände wären. Im Gegenteil, wir müssten uns darob freuen, wenn der Gegenvorschlag möglichst schlecht aussähe, weil dann die Initiative noch grössere Chancen hätte, angenommen zu werden. Es drängt mich deshalb sehr, Sie dringend zu bitten, wenigstens in jenem Punkte ein Entgegenkommen zu zeigen, das auch uns die Möglichkeit bieten könnte, die Hand zu einer Verständigung zu reichen.

Im übrigen möchte ich wiederholen, was ich schon im Schosse der Kommission gesagt habe. Die Mehrheit der Kommission ist davon überzeugt, dass ein Gegenvorschlag, wie er aus der ersten Beratung des Ständerates hervorgegangen ist, auch die Zustimmung im Volke finden würde, was einer Ablehnung der Initiative gleichkäme. Man beruft sich dabei auf die grosse Mehrheit der geschlossenen bürgerlichen Parteien in dieser Frage, auf die Allianz Aerzte/Krankenkassen, wobei hauptsächlich die Macht der Krankenkassen erwähnt wurde und wird; immer wieder kommen die 600 000 Petitionsunterschriften aufs Tapet, eine Petition, die von den Krankenkassen gestartet worden ist. Ich sage Ihnen: Ich glaube nicht an die Geschlossenheit der erwähnten Kreise in diesen heiklen Fragen. Ich zweifle sogar sehr an der Geschlossenheit der bürgerlichen Parteien, wenn es um soziale Fragen geht. Hier werden grosse Kreise die Gefolgschaft versagen. Das ist verschiedentlich bereits zum Ausdruck gebracht worden. Die Allianz Aerzte/Krankenkassen müsste eigentlich notgedrungen auseinanderbersten, und ein Grossteil der Krankenkassen müsste zum mindesten gegen den Gegenvorschlag Stellung nehmen, wenn nicht gar für die Initiative stimmen, wenn man die Kassen selber und ihre Organe sowie ihre Repräsentanten auch in Zukunft ernstnehmen soll. Ich brauche nicht mehr mit Zahlen aufzuwarten. Wir kennen sie, und der Herr Kommissionspräsident hat sie erneut erläutert. Die Krankenkassen sind heute schon davon überzeugt, dass mit den 2 Lohnprozenten eine Finanzierung auf keinen Fall sichergestellt wäre. Die 600 000 Unterzeichner der Petition stellten sich unter einer sozialen Finanzierung etwas ganz anderes vor als das, was heute im Antrag der ständerätlichen Kommission steht. Die Stimme der freien Presse, z. B. des «Beobachters», würde sich im Abstimmungskampf mächtig bemerkbar machen. Es ist

auch der «Beobachter», der mit einem vernünftigen mahnenden Wort an die Kommission gelangt ist.

In der Meinung, dass der Verfassungstext möglichst einfach gehalten werden sollte und keine Detailfragen zu lösen hat, dass dies der Gesetzgebung überlassen werden sollte, habe ich noch einmal versucht, mit einem einfach gehaltenen Antrag eine Brücke zur Verständigung zu schlagen. Ich habe damit einen Teil des Antrages Mugny übernommen. Damit sollte zum Anfang der Finanzierungsanteil über Lohnprozente sichergestellt werden. Der Weiterentwicklung soll über das Gesetz Rechnung getragen werden. Dabei hat ja das Parlament das entscheidende Wort zu sprechen, und Sie haben doch nicht etwa Angst vor dem bürgerlichen Parlament! Im übrigen nur eine Stelle aus dem Brief, den der «Beobachter» an sämtliche Mitglieder der Kommission geschickt hat. Er schreibt: «Es sollte eine Lösung gefunden werden, die es ausschliesst, dass schon in wenigen Jahren eine erneute Revision der Verfassungsgrundlage für die Krankenversicherung ins Auge gefasst werden muss.» Es ist übrigens ein Anliegen hauptsächlich der Juristen, man möchte doch die Verfassung nicht mit Detailfragen überlasten.

Es bestanden nach den Kommissionsberatungen noch vier Differenzen. Vom allgemeinen Bundesobligatorium bei der Krankenpflegeversicherung will ich gar nicht mehr sprechen; die Kantone sollen hier das für sie richtig Erscheinende veranlassen, bis vielleicht später ein Bundesgesetz einmal eine generelle Lösung bringt. Ich will auch nicht zu den anderen drei Differenzen sprechen, oder zu den zwei, die noch in die Verhandlungen kommen. So bleibt also einzig noch der lohnprozentuale Anteil bei der Finanzierung, wenn nicht noch weitere Differenzen geschaffen werden.

Sie haben meinen Antrag erhalten. Bei der Beratung werde ich noch einige Worte darüber zu verlieren haben, möchte mich aber sehr kurz fassen. In einer entscheidenden Frage also bitte ich Sie, Ihre Bereitschaft zu einem Kompromiss zu zeigen; damit könnten Sie Ihren Beitrag zu einer Verständigung leisten.

Nun zum Antrag selber. Herr Mugny hat einen Antrag eingereicht, wonach durch Lohnprozente mindestens 40 Prozent, höchstens aber 50 Prozent der Gesamtkosten für Krankenpflege zu decken wären. Der Nationalrat hat die 3-Prozent-Grenze gewählt. Die 3 Prozent entsprechen einer Kostendeckung von rund 45 Prozent der Gesamtkosten. In der Kommission ist kritisiert worden, mit den 3 Prozent ziehe man Gelder ein, die vorerst nicht benötigt würden. Tatsächlich errechnete nach Aussagen von Herrn Professor Kaiser das Amt für Sozialversicherung den vorläufigen Bedarf auf zirka 2,8 Lohnprozente. Mit 40 Prozent der Gesamtkosten dürften wir diese Grenze ungefähr erreichen; wahrscheinlich liegen sie sogar etwas darunter, nämlich bei 2,7 Prozent. Dies sollte einerseits eine Garantie für eine soziale Lastenverteilung sein, wie dies die Petition des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen verlangt und durch weite Kreise, unter anderem auch durch das «Mouvement populaire des familles» und andere Gremien, nicht zuletzt auch durch die Krankenkassen selber, unterstützt wird. Andererseits würde damit den geäusserten Bedenken Rechnung getragen.

Bei der Initiative rechnete man mit 4,5 Lohnprozenten den grössten Teil der Kosten decken zu können. 40 Prozent bedeuten einen gewaltigen Abstrich. Wir stehen zum Kostenanteil über Franchisen; die 20 Prozent der Öffentlichkeit sollten unbestritten sein. Eine soziale Finanzierung erreichen wir aber nur durch die Verlagerung eines grossen Teiles der Kostendeckung von den Individualprämien zu den Lohnprozenten.

Wir haben in der Zwischenzeit noch einen Antrag Graf erhalten; es ist im grossen und ganzen der Antrag Mugny, nur ist die Ausgangslage nicht bei 40 Prozent, sondern bei einem Drittel des Gesamtaufwandes der Krankenpflegekosten. Ich möchte nur nebenbei und zum voraus erwähnen, dass dieser Drittel ungefähr 2,2 Lohnprozente beträgt; die

Krankenkasse einerseits, aber auch das Amt für Sozialversicherung ist davon überzeugt, dass diese 2,2 Prozent, und noch weniger die 2 Prozent, ausreichen werden. 40 Prozent, wie ich sie vorschlage, sind also weniger als 3 Prozent, können aber vorläufig genügen. Ich bitte Sie, stimmen Sie meinem Antrag zu. Sie ermöglichen damit eine familienfreundliche Krankenversicherung.

Graf: Das Nachlesen und Behalten von Bundesratsreden ist nicht immer notwendig. Immerhin, wenn ein Bundesrat im Namen des Kollegiums spricht, wie das Herr Bundesrat Brugger am Neujahr getan und uns aufgefordert hat, dass wir die Probleme, die sich uns und unserem Lande stellen, nur durch Zusammenrücken lösen können, dann meine ich, hätten wir hier bei der Lösung der Krankenversicherung eine Gelegenheit, dieses Zusammenrücken zu demonstrieren.

Wir dürfen die Lösung des Krankenversicherungsproblems nicht isoliert betrachten. Ich muss doch erwähnen, dass wir jetzt in der Energiekrise, in der wir stecken, gesehen haben, wie die Inflation weitertäuft, dass wir alle Kraft brauchen – die der Politiker und des Volkes –, um diese unheilvolle Entwicklung zu stoppen. Wir stehen am Anfang der Lösung der Hochschulprobleme und sind noch nicht sehr weit gekommen. Wir fordern Umweltschutz, aber wenn es um die Bezahlung der Aufwendungen geht, sind wir gar nicht so gerne bereit dazu. Wir müssen eine glaubwürdige Landesverteidigung haben, und wir müssen jetzt das Problem der Raumplanung, das der Nationalrat behandelt, über die Runden bringen, und es muss vor dem Volk Bestand haben.

Der Schaffhauser Bock hat schon manche gute Sprünge getan; aber was er jetzt verbrochen hat, meine ich, ist einzigartig; die Bürgerschaft der Stadt Schaffhausen gewährt ihrer Behörde die Mittel nicht mehr, die sie zur Lösung der Aufgaben braucht, und der Regierungsrat muss nun diese Stadt bevogten und ihr einen Steuerfuss auferlegen, den die Bürger nicht wollen. Ich nenne dieses Beispiel, weil ähnliche Tendenzen auch in anderen Gebieten des Landes möglich sind.

Nun werden Sie mich vielleicht fragen: Was hat das denn mit diesem Problem zu tun? Weit sind wir mit allen den gemachten Anträgen nicht auseinander. Aber ich meine, bei allem sind – wie das in der Presse auch richtig erwähnt wurde – nicht eigentlich die Prozente so massgebend, sondern die Kosten, die anlaufen. Die Kosten der Spitalbehandlung können wir nicht unbedingt in die Hand nehmen. Ich gebe zu, es gibt beeinflussbare Kosten. Wir können die Spitalplanung verbessern, wir können die Ausgaben einzelner Spitäler verteilen. Aber ich appelliere an die Herren, die an die 2 Prozent heute noch glauben. Den allgemeinen Trend der Inflation können wir nicht oder nur gering beeinflussen. Vor allem können wir nicht wissen, welche Entwicklungen sich auf medizinischem Gebiete ergeben. Es könnte wohl sein, dass wir sehr teure Einrichtungen brauchen, beispielsweise für die Krebsbekämpfung. Dann werden die 2 Prozent, die wir letztlich verlangen, schon nicht mehr genügen. Wenn wir die Kosten im Spitalwesen bekämpfen wollen, dann scheint mir, ist diese neue Allianz zwischen Aerzten und Krankenkassen keine unheilige Allianz, wie das zum ersten ausgesehen hat, indem sie nur zusammengegangen wären, um das Geld des Bundes besser zu verteilen, sondern es ist eine gute Allianz, die nun gemeinsam mit ihrem Fachwissen die Kosteninflation im Spitalwesen beheben oder mindestens mindern will. Wir müssen heute eine Lösung bringen über die Finanzierung der Krankenversicherung, die Gewähr bietet, dass diese Allianz besteht. Die Krankenkassen nehmen uns einen grossen Teil der Arbeit ab. Das wollen wir dankbar anerkennen. Ich könnte mir nicht vorstellen, dass es gescheiter herauskäme, wenn der Bund diese Fragen lösen müsste. Die Aerzte müssen wir schützen, da sie in ihrer Freiheit wesentlich mehr leisten, als wenn wir zu einer Staatsmedizin kämen. Ich meine also, die Allianz

darf nach unserem Beschluss nicht gefährdet werden. Das wird sie nun aber. Die 2 Prozent genügen im Moment. Wenn wir die 2 Prozent in die Verfassung aufnehmen, dann bleibt uns nichts anderes übrig – wenn die Verhältnisse eben doch stärker sind, als wir sie zu beeinflussen vermögen –, als eine Verfassungsänderung vorzunehmen. Nun geht es mir wie Herrn Weber. Ich habe diese Geschichte mit dem Rahmen nicht erfunden, Herr Mugny hat das im Nationalrat getan, und nach gründlicher Prüfung meine ich, man sollte die Idee von Herrn Mugny übernehmen. Man sollte jetzt nicht einen festen Prozentsatz in die Verfassung aufnehmen, seien es 2 oder 3 Prozent, sondern man sollte frei bleiben. Mein Vorschlag auf einen Drittel bis zur Hälfte unterscheidet sich gegenüber dem Antrag Mugny in dem Sinn, dass ich heute glaube, dass man mit einem Drittel auskommen soll. Ich bin ganz dafür, mit der Mehrheit der Kommission, dass man jetzt nicht mehr ins Krankenwesen stecken soll, als nötig ist. Mit einem Drittel werden die heutigen Ausgaben gedeckt, wie das ja der Herr Kommissionspräsident geschildert hat. 50 Prozent würden etwas über die 3 Lohnprozente hinausgehen. Da, meine ich, hätte mein Vorschlag gegenüber dem Antrag Weber zwei Vorteile: Die 33 Prozent genügen heute und, hoffen wir, in den nächsten Jahren; der Antrag Weber aber (mindestens 40 Prozent) limitiert nicht nach oben. Mein Antrag mit 50 Prozent setzt auch nach oben die Limite, damit die übrigen Träger (die öffentliche Hand, die Individualprämien, die Franchisen) wissen, dass sie um ihren festen Teil, den sie zu tragen haben, auch in Zukunft nicht herumkommen. Ich glaube, man sollte nicht nur Berliner Mauern beseitigen, sondern wir sollten auch bei uns gewisse Mauern, die wir jetzt errichten, niederreißen. Wenn wir sie stehen lassen, besteht die Gefahr des Scherbenhaufens. Es besteht die Gefahr, dass die Sozialdemokraten ihre Initiative nicht zurückziehen, dass der Gegenvorschlag des Parlaments und des Bundesrates bachab gehen und die sozialdemokratische Initiative auch. Ich weiss, einige Herren vertreten die Ansicht, es könne gar nichts Gescheiteres passieren, dann bleibe es wie bis jetzt. Das wäre aber ein ganz gefährlicher Weg, den wir da beschreiten wollten.

Ich meine, wir kommen jetzt durch, das Problem der Krankenversicherung ist gelöst. Wir erhalten unsere Energien, und die Energien des Departementes werden frei zur Lösung anderer Probleme. Wie wir am Beispiel Schaffhausen gesehen haben, fällt es in Gemeinden und Kantonen schwer, vom Volk die notwendigen Steuern zu erhalten. Wenn die 2 Prozent nicht genügen, werden die Spitalträger zur Kasse gebeten und das heisst nichts anderes als Steuererhöhung. Ich möchte Sie also bitten, meinem Antrag zuzustimmen.

Honegger: Im Gegensatz zu den Herren Weber und Graf bin ich überzeugt, dass die Begrenzung von 2 Prozent in der Verfassung der richtige Weg ist. Wenn wir es heute nicht fertigbringen, eine Begrenzung in der Verfassung festzulegen, dann öffnen wir die Schleusen für weitere Kostensteigerungen. Ohne eine Begrenzung wird es einfach nicht gelingen, die Kostenexplosion einigermaßen in den Griff zu bekommen. Wenn 2 Lohnprozente erhoben werden, stehen immerhin pro Jahr für die Krankenpflegeversicherung fast 2 Milliarden Franken zusätzlich zur Verfügung. Das scheint mir nun doch eine recht beachtliche Leistung zu sein, welche die Arbeitnehmer und die Arbeitgeber aufbringen. Die Belastung des Erwerbseinkommens durch Sozialleistungen wächst damit auf rund 40 Prozent; das ist viel, wenn man sich etwa die unsicheren wirtschaftlichen Verhältnisse und die Zukunftsperspektiven etwas vor Augen hält. Ich glaube, es kann auch nicht die Meinung haben, mit den Lohnprozenten die bisherigen Leistungen der öffentlichen Hand oder z. B. die Beiträge der Versicherten wesentlich zu kürzen. Vielmehr sollen die Lohnprozente meines Erachtens dazu dienen, die zu erwartenden zusätzlichen Kosten aus dem Leistungsausbau,

der ja mit dieser Vorlage zusammenhängt, und der Teuerung mitzufinanzieren. Wenn die Kostenexplosion in der ambulanten und der Heilanstaltsbehandlung nicht ins Unermessliche ansteigen soll, dann ist vor allem dafür zu sorgen, dass nicht wegen der vielen kleinen Bobos immer und immer wieder zum Arzt gesprungen wird. Die Krankenversicherung ist sicher eine gute Sache, sie soll aber vornehmlich den eigentlichen Kranken dienen, und für diese soll sie auch grosszügig ausgestaltet werden. Eine solche Lösung bedingt jedoch, dass die Versicherten einen angemessenen Teil für ihre Gesundheit selbst aufbringen, wie das übrigens der neue Verfassungsartikel ausdrücklich vorsieht.

Im Jahre 1972 betrug die durchschnittliche Jahresprämie für die Krankenpflegeversicherung rund 240 Franken. Eine solche Prämie darf bei den heutigen Verdienstmöglichkeiten sicher nicht als übersetzt betrachtet werden. Ich bin mit Herrn Weber einverstanden, dass es Versicherte gibt, denen eine Jahresprämie von z. B. 300 Franken ehrliche Mühe bereiten würde. Deshalb bin ich auch der Meinung – der Herr Kommissionspräsident hat ebenfalls darauf aufmerksam gemacht –, dass die Bundessubventionen im Gegensatz zum bisher üblichen Giesskannensystem nach sozialen Gesichtspunkten ausgerichtet werden. Das heisst, die Minderbemittelten, die kinderreichen Familien, die Frauen und die Betagten sollen eine grössere Verbilligung ihrer Prämien erhalten als die Bessergestellten. Mir scheint, das sollte ein sehr wesentliches Anliegen uns aller sein.

Ich bin auch der Meinung, dass die Franchise oder die Kostenbeteiligung der Versicherten, abgestuft nach Einkommen, z. B. zwischen 100 und 300 Franken liegen sollte. Wenn man weiss, was der Schweizer für sein Auto, das Rauchen oder den Alkohol ausgibt, dann darf man von ihm sicher auch erwarten, dass er für seine eigene Gesundheit im Krankheitsfall z. B. jährlich 200 Franken als Selbstbehalte übernimmt.

Herr Professor Kaiser, der Experte des Bundesamtes für Sozialversicherung, hat uns in der Kommission dargelegt, dass eine Franchise von 100 Franken 36 Prozent der gesamten ambulanten und stationären Gesamtkosten der Krankenkassen ausmacht. Bei einer Franchise von 200 Franken sind 54 Prozent und mit einer solchen von 300 Franken sogar 65 Prozent der Kosten gedeckt. Oder anders ausgedrückt: 200 Franken durchschnittliche Kostenbeteiligung des Versicherten gibt 850 Millionen Franken im Jahr, erhoben allein auf den Kosten der ambulanten Behandlung der Erwachsenen.

Noch eine letzte Zahl: Wenn jeder Versicherte die Krankheitskosten im Ausmass von 1 Prozent seines Lohnes selbst deckt – der Herr Kommissionspräsident hat dargelegt, dass das eigentlich eine zweckmässige Lösung wäre –, so würde dies 25 Prozent sämtlicher Krankenpflegekosten ersparen. Eine Kostenbeteiligung in diesem sicher bescheidenen Umfange würde also bei geschätzten Gesamtausgaben von 6 Milliarden Franken im Jahr immerhin 1,5 Milliarden Franken ausmachen.

Ich will mit diesen Beispielen von Kostenbeteiligungen der Versicherten nur sagen, dass es sich lohnt, die Krankenversicherung vermehrt durch Prämien und Kostenbeteiligung der Versicherten zu finanzieren unter selbstverständlicher Wahrung der sozialen Gegebenheiten. Ich möchte Herrn Weber ganz deutlich sagen, dass ich nicht zu den Asozialen gehöre, die der Meinung sind, dass die Minderbemittelten, die Betagten, die Frauen oder die kinderreichen Familien jetzt bestraft werden sollen. Ganz im Gegenteil, dort sollen Erleichterungen eintreten. Aber bei den andern darf man verlangen, dass sie einen wesentlich höheren Selbstbehalt in Kauf nehmen, als das bisher der Fall war. Der allzu bequeme Weg über die Lohnprozente kann das Ziel, die Kosten der Krankenversicherung in einem vernünftigen Rahmen zu halten, leider allein nicht erreichen. Es braucht dazu die Mithilfe der Versicherten. Ich glaube deshalb, dass eine Beschränkung auf 2 Lohnprozente

durchaus genügt. Grosszügigkeit wird auf dem Gebiete des Gesundheitswesens leider nicht durch Sparen honoriert. Ich beantrage Ihnen deshalb Zustimmung zum Antrag der Kommissionsmehrheit und Ablehnung der beiden Anträge Weber und Graf.

Präsident: Herr Amstad verzichtet auf das Wort.

Stucki: Nur eine kleine Präzisierung. Wenn Sie den Antrag Graf durchlesen, so sehen Sie, dass er das Wort «insbesondere» auch wieder enthält. Es heisst hier: «insbesondere für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung und der Hauspflege sowie der Mutterschaftsleistungen und präventivmedizinischen Massnahmen zu verwenden», worüber bereits abgestimmt worden ist. Ich war mit Herrn Urech, der diese Fassung befürwortete, einverstanden, aber ich glaube, die Sache ist entschieden, deshalb habe ich die Auffassung, dass das «insbesondere» hier gestrichen werden müsste. Sonst ist mir der Antrag Graf durchaus sympathisch.

Graf: Ich glaube, das ist selbstverständlich. Der Antrag wurde jedoch vor der Abstimmung geschrieben.

Weber: Ich möchte bestätigen, dass ich die Absicht hatte, auch im Sinne des Antrages Urech zu votieren und für das Belassen des Wortes «insbesondere» zu sprechen. Das hat sich nachher erübrigt. Selbstverständlich fällt jetzt das Wort «insbesondere» weg.

Im übrigen gestatten Sie mir doch eine Richtigstellung oder eine Klarstellung zum Votum von Kollega Honegger. Er spricht von – Irrtum vorbehalten – etwa 250 Franken Individualprämie. Dabei redet er aber von einem Ledigen. Er müsste berücksichtigen, dass bei einem Familienvater die Verhältnisse ganz anders aussehen und dass da Individualprämien von 1000 Franken und mehr geleistet werden müssten. Man sollte das in Betracht ziehen. Wir wollen ja gerade das Ziel anstreben, dass eine Lastenverlagerung vorgenommen wird von den Familien zu denjenigen, die eben mehr leisten könnten.

Hofmann, Berichterstatter: Einige wenige Bemerkungen! Die beiden Herren Weber und Graf haben emotionell appelliert an Verständigung, an Kompromiss, an Zusammenrücken. Ich muss hier daran erinnern, was der sozialdemokratische Fraktionschef im Nationalrat diesbezüglich erklärt hat. Ich lese aus dem nationalrätlichen Protokoll am Schluss der nationalrätlichen Beratung:

«Sie werden begreifen, dass unsere sozialdemokratische Fraktion nach dem Resultat der heutigen Abstimmung entschieden der Auffassung ist, nicht der Gegenvorschlag, sondern unsere Initiative müsse unterstützt werden. Jedenfalls bestehen nach diesen Abstimmungsergebnissen keine Aussichten auf einen Rückzug der Initiative.»

Mit dieser Erklärung des massgeblichen Mannes der Initianten ist doch die Frage über das Zusammenrücken eindeutig festgelegt. Es wird im folgenden dargetan, dass eine Verständigung nur auf der Basis des Obligatoriums und ohne Fixierung der Lohnprozente in Frage komme. Ich weiss nun nicht, ob Herr Weber legitimiert ist, diese Erklärung seines Chefs zu widerrufen?

Noch eine Bemerkung zu Herrn Weber: Wie in der Kommission hat er Prognosen angestellt über den künftigen Volksentscheid. Ich möchte mich solcher Prognosen enthalten. Das wird die Zukunft lehren. Ich bin der Meinung: Wenn schon ein Entscheid des Souveräns unvermeidbar ist – und ganz offensichtlich ist es so –, dann ist es am besten, wenn wir klare, eindeutige Alternativen schaffen, dann soll das Volk entscheiden. Herr Weber macht für seinen Vorschlag geltend, ein Verfassungstext müsse klar und einfach sein. Ich halte dafür, dass sein Vorschlag viel komplizierter und schwerverständlicher ist, als das, was wir beschlossen haben. Es ist sehr leicht verständlich zu lesen, dass die Lohnprozente maximal 2 oder 3 Prozent

betragen dürfen, aber die Umschreibung mit Beteiligung an Gesamtkosten und so weiter, da kann sich kein Bürger und keine Bürgerin ein klares Bild machen.

Nun noch zu den beiden Vorschlägen an sich. Dem Vorschlag Weber kann ich gar kein gutes Zeugnis ausstellen. Er legt fest, dass die Lohnprozente mindestens 40 Prozent des Gesamtaufwandes decken sollen. Das könnte er ebensogut weglassen, wenn er kein Maximum vorsieht, dann hätte er praktisch die Initiative. Das bedeutet, dass der Gesamtaufwand der Krankenpflegekosten durch Lohnprozente gedeckt werden soll. Ein Minimum festzulegen ohne Maximum, meine Herren, dem können wir nicht folgen.

Nun zu Herrn Graf. Er hat dieses Uebel erkannt und berücksichtigt, schlaue wie er ist. Er schlägt vor: mindestens einen Drittel und höchstens die Hälfte. Der Antrag Mugny, der hier etwas durchleuchtet, ging auf mindestens 40 und höchstens 50 Prozent. Ich stelle nur nochmals fest, dass das, was Herr Graf als Maximum vorsieht – die Hälfte – bereits im Jahre 1976 mehr als die vom Nationalrat beschlossenen 3 Prozent beanspruchen würde, etwa 3 1/4 Prozent.

Es besteht ein grundsätzlicher Unterschied, auf den ich nochmals hinweisen möchte. Die Kommissionsmehrheit hat beschlossen, die Prozente zu fixieren, in der Ueberzeugung, dass auf diese Weise auf allen Gebieten am besten gebremst wird, weil dann alle andern Möglichkeiten ausgeschöpft werden und werden müssen, bevor an eine Erhöhung dieser Lohnprozente geschritten wird. Wenn Sie die Fixierung in einem Anteil an den Kosten lösen, verfallen wir einem gewissen Automatismus. Dann passen sich diese Lohnprozente automatisch den Kosten der Krankenpflegeversicherung an und steigen, wie weit wissen wir nicht, aber sie steigen; ich glaube, dieser Lösung ist die Kostenbremse viel weniger eigen als wenn wir die Kosten in Lohnprozenten fixieren.

Noch eine kurze Bemerkung zum Vorwurf, wir sollten Hand bieten zu einer sozialen Lösung. Ich betone, das wollen wir. Wir wollen eine soziale Kranken- und Unfallversicherung. Wir wollen – das geben wir zu; die heutige Ordnung weist Mängel auf, die Familien, die wirtschaftlich schwächeren Kreise entlasten, aber wir betrachten es nicht als sozial, wenn diejenigen, die es sich leisten können, mit staatlicher Unterstützung für ihre Krankenkassenprämien aufkommen. Das ist nicht sozial; ein Grossteil unserer Bevölkerung ist in der Lage, die Prämien aufzubringen. Herr Honegger hat gesagt, eine Kommission der Aertzerverbindung habe ermittelt, dass die Durchschnittsprämien (Krankenkassenprämien) im Jahre 1974 rund 20 Franken pro Monat betragen dürften. Das ist für Familien, das gebe ich zu, zu viel, aber dafür besteht ja die ausdrückliche Bestimmung: Entlastung der Familien, Entlastung der schwächeren Bevölkerungskreise. Das sind weitere Ueberlegungen, die in der Kommission angestellt wurden und weshalb wir dazu gekommen sind, an den 2 Prozent festzuhalten.

Bundesrat Hürlimann: Mit der Thematik, die jetzt zur Diskussion steht, ist tatsächlich der eigentliche Kernpunkt der Differenz zwischen beiden Räten angesprochen. Diese Differenz ist wirklich wesentlich. Ein Prozent mehr oder weniger ergibt heute, umgerechnet auf die AHV-Lohnsumme, 900 Millionen Franken pro Jahr. Das heisst für die einen 900 Millionen Franken mehr für dieses Sozialwerk, und für die andern heisst es 1 Prozent mehr Abzug vom Einkommen (für Arbeitgeber 0,5 und für Arbeitnehmer ebenfalls 0,5 Prozent). Und doch – darf ich das voranstellen –, es wurde in dieser Frage und in der Bereinigung dieses Verfassungsartikels Entscheidendes erreicht. Praktisch, wenn Sie nun das Ergebnis der heutigen Beratungen miteinbeziehen, wurde, was nicht ohne weiteres vorauszusehen war, als wir das erstmal diese Vorlage im Ständerat diskutierten, eine weitgehende Uebereinstimmung zwischen beiden Räten erzielt. Wenn Sie es auf einen ganz einfachen Nenner bringen wollen, es bleibt letztlich die Frage: Wol-

len wir 2 oder 3 Prozent aufbringen für diese Aufgaben und für dieses Werk? Allenfalls: Wollen wir diese Leistungen umschreiben im Umfang, wie es die Anträge Weber und Graf nun vorschlagen?

Ich glaube, resignieren, Herr Ständerat Weber, darf man nie, in der Politik sowieso nicht, am allerwenigsten in der Demokratie. Man darf im Grunde genommen nicht ruhen, bis man doch zu einer Lösung kommt, die unserer Gemeinschaft in einer so bedeutenden Frage hilft, bedeutend für den einzelnen, für die Familie, für die Gemeinden – denken Sie nur an die Spitäler, die von Gemeinden getragen werden, von den Kantonen und dem Bund nicht zu sprechen.

Die Frage, ob der Höchstansatz auf 2 oder 3 Prozent festzulegen sei, muss daher unter allen Aspekten sorgfältig geprüft werden. Ich glaube, man darf bei dieser Gelegenheit beifügen: Wenn bei einer so wichtigen Vorlage am Schluss noch eine derartige Differenz bestehen bleibt, dann muss schon ein staatspolitisch tiefer Grund vorhanden sein. Ich glaube, er ist in der Diskussion ziemlich profiliert herausgestellt worden, vor allem auch durch die Ausführungen Ihres Präsidenten, Herrn Ständerat Hofmann.

Vorauszuschicken ist, dass die lohnprozentuale Finanzierung den Sozialausgleich, d. h. die Solidarität zwischen den Bezüglern grosser und kleiner Einkommen und zwischen Alleinstehenden und Familien, verbessert. Wir haben mit diesem Prinzip – ich denke an unser grösstes Sozialwerk, an die AHV – im Grunde genommen eine gute Erfahrung gemacht. Ich glaube, man darf sogar sagen, dass das weltweit anerkannt wird, was im Zusammenhang mit der AHV mit diesem Ausgleich, mit dieser Solidarität, erreicht wurde. Es ist daher nicht gleichgültig, in welchem Masse die Kosten der Krankenpflegeversicherung durch lohnprozentuale Beiträge und in welchem Masse sie durch Fixbeiträge gedeckt werden.

Geht man von den Kosten im Jahre 1976 aus, so würden 2 Lohnprozente 30 Prozent der gesamten Krankenpflegekosten und 3 Lohnprozente 45 Prozent dieser Kosten decken. Uebersetzen Sie diese Ergebnisse auf die Anträge Graf und Weber, dann sehen Sie genau, was wir an Lohnprozenten aufbringen müssten, damit gemäss Antrag Graf oder Weber die Leistungen erbracht werden könnten. Entwickeln sich die Krankenpflegekosten in gleicher Weise wie die Löhne, bleibt die erwähnte Relation bestehen. Steigen dagegen die Kosten der Krankenpflege stärker als die Löhne, wie dies in den letzten Jahren der Fall war – der Herr Präsident hat Ihnen die Zahlen genannt –, so sinkt der relative Anteil der Lohnprozente. Beträgt z. B. die Differenz zwischen Kostenzunahme und Lohnsteigerung weiterhin wie in den letzten 5 Jahren 7 Prozent, so würden im Jahre 1980 2 Lohnprozente nur noch 22 Prozent, 3 Lohnprozente, 33 Prozent der gesamten Krankenpflegekosten decken. Unser Bestreben muss es nach meiner Meinung, trotzdem und immer sein, dass auch betriebswirtschaftliche Grundsätze endlich über die sakralen Pforten unserer Spitäler Einzug halten, und dass man anstelle der sehr einfachen Lösung der Defizitdeckung durch die öffentliche Hand sich endlich daran erinnert, dass auch in der heutigen Zeit, beispielsweise im Spitalwesen, nach den Grundsätzen der Oekonomie, der Rationalisierung und der Koordinierung unter gewissen Spitalern – wenn Sie an die teuren Apparate denken –, gehandelt werden muss und dass man endlich auch hier etwas umdenkt. Die Flucht in das Defizit, das nachher jemand anders trägt, ist eine etwas zu einfache Lösung.

Geht man nun von den Leistungen aus, für die die lohnprozentualen Beiträge bestimmt sind – Sie haben die vier Zweckbestimmungen mit Ihrem Beschluss umschrieben (Heilanstaltsbehandlung, Hauspflege, Mutterschaft und Präventivmedizin) –, so kann deren Höhe für 1976 auf 2,6 Milliarden Franken geschätzt werden. Mit 3 Lohnprozenten, wie Herr Ständerat Honegger dies ausgeführt hat, würde mehr eingenommen als für die völlige Deckung dieser Leistungen heute notwendig wäre. Mit 2 Lohnprozenten

dagegen könnten schon allein die Heilanstaltskosten nur teilweise gedeckt werden. Ein Höchstansatz von 3 Lohnprozenten müsste also in den ersten Jahren nicht voll ausgeschöpft werden und würde bei weiteren Kostensteigerungen eine gewisse Elastizität erlauben, wogegen ein Ansatz von 2 Prozent von vornherein zur Anwendung gelangen müsste und bei weiteren Kostensteigerungen eine relative Entwertung erfahren würde. Mit dem Satz von 3 Prozent haben Sie daher auch bei der Ausarbeitung des Gesetzes mehr Raum.

Höhere Lohnprozente geben aber auch dem Gesetzgeber bei der Festsetzung der Vergütungen an die Spitäler etwas freiere Hand. Das Schwergewicht dieser Leistungen – darf ich das einmal mehr betonen, das war ja auch das Anliegen Ihres Rates – dient zur Reduktion der Betriebskosten der Spitäler. Damit würden – ich habe das bereits in der Kommission ausgeführt – auch die Spitalkantone von der Last der Defizitdeckung an Spitäler wenigstens zum grossen Teil befreit. Unterziehen Sie sich einmal der Mühe und kontrollieren Sie Ihre kantonalen Voranschläge und Rechnungen nur fünf oder zehn Jahre zurück, dann werden Sie feststellen, dass die Defizitbeiträge der Kantone heute unter dem Titel «Spitalwesen» in der Spitzengruppe der höchsten prozentualen Ausgaben, umgerechnet auf das Gesamtbudget, figurieren, und Sie müssten daher berücksichtigen, dass letztlich diese Leistungen auch zur Entlastung der Finanzen der Kantone führen sollen, die – Herr Graf hat sie angetönt (ich denke etwa an das Bildungswesen) – in den nächsten Jahren noch andere grosse Aufgaben werden erfüllen müssen.

Von den Kantonen zum Bund. Wenn ich an die Kassandrurufe denke, die ich jetzt seit Anfang Jahr im Zusammenhang mit den Bundesfinanzen in jeder Sitzung des Bundesrates höre, dann werden Sie verstehen, dass ich als Sprecher des Bundesrates einer höheren Lohnprozentfestsetzung in der Verfassung den Vorzug gebe. Sie bringen einen bessern Sozialausgleich und daher tendenziell einen geringeren Bedarf nach einem sozialpolitischen Korrektiv in Form von öffentlichen Subventionen. In den im Oktober letzten Jahres aufgestellten Perspektiven des Bundeshaushaltes für die Jahre 1975 und 1976 hat der Bundesrat festgestellt, dass die Ausgaben für die soziale Wohlfahrt noch erheblich mehr zunehmen würden, wenn sich der Bund – ich zitiere wörtlich – «an den Mehrkosten aus der Revision der Krankenversicherung, beispielsweise bei der Begrenzung der Lohnprozente, gemäss dem Beschluss des Ständerates ebenfalls beteiligen müsste.»

Bei der Beurteilung der finanziellen Lage nicht nur des Bundes, sondern auch der Kantone sollte daher alles unternommen werden, um eine sozial befriedigende Finanzierung innerhalb der Versicherung selbst zu bewerkstelligen und damit das Engagement der öffentlichen Hand in einem vernünftigen Rahmen zu halten. Der Bundesrat befürwortet deshalb den Beschluss des Nationalrates, in der Verfassung die maximale Grenze auf 3 Prozent des AHV-pflichtigen Lohnes und der Leistungen der einzelnen anzusetzen.

Gestatten Sie mir noch ein Wort zu den beiden Minderheitsanträgen, wobei ich mich zwischen den Minderheitsanträgen Weber und Graf nicht entscheiden will, sondern lediglich darauf hinweisen möchte, dass dies zunächst eine verfassungsrechtliche Frage ist. Die erste Lösung – sie wurde auch vom Bundesrat so vorgeschlagen – ging dahin (das ist nun wieder das Anliegen von Herrn Weber und von Herrn Graf), dass wir uns fragen: In welchem Ausmass wollen wir inskünftig die Kosten für die Krankenversicherung decken, und zwar nicht nur für das Jahr 1976, sondern auch für die Zukunft? Das ist die Lösung, wie sie Herr Nationalrat Mugny im Nationalrat vertreten hat, und es ist das Anliegen der beiden Minderheitsanträge.

Die zweite Lösung – ebenfalls verfassungstechnisch –, ich würde sagen, das Konzept des Ständerates und Ihrer Kommission, geht von einer anderen Warte an das Problem heran und sagt: Wir fixieren in der Verfassung die Lohnprozente, und damit muss man auskommen. Das ist der Be-

trag, den wir letztlich zur Verfügung stellen und mehr nicht. Sie müssen sich nun entscheiden: Sollen das 2 oder 3 Prozent sein? Und Sie müssen im voraus entscheiden: Wollen wir Lohnprozente einsetzen oder wollen wir den Umfang der Leistung in der Verfassung formulieren? Ich möchte nicht verschweigen, dass diese Minderheitsanträge unter Umständen auch eine Formel sein können für eine Verständigung; denn ich kann mir nicht gut vorstellen, so wie die Schlussabstimmung im Nationalrat ausgefallen ist, dass man ohne weiteres auf die 2 Prozent zurückkommt. Wenn Sie bei diesen 2 Prozent bleiben, werden wir eine Lösung suchen müssen. Um es noch einmal zu sagen: Wir resignieren vorderhand nicht, und es ist nicht das erste Mal und wird nicht das letzte Mal sein, dass wir letztlich eine vernünftige Formel finden, um beide Räte für eine Zustimmung zu gewinnen.

Aus der Sicht des Bundesrates muss ich erklären, dass der Antrag Mugny und die Minderheitsanträge, wie sie heute unterbreitet wurden, natürlich in der Richtung des Antrages des Bundesrates liegen, weil in der Vorlage des Bundesrates weder von Lohnprozente noch von einem Umfang der Leistung gesprochen wurde. Es wurde dort lediglich gesagt, dass diese Grossrisiken möglichst für die gesamte Bevölkerung auf ein tragbares Mass reduziert werden sollen.

Damit kennen Sie die Auffassung des Bundesrates. Ich widersetze mich diesen Minderheitsanträgen schon im Blick auf das, was uns noch bevorsteht, im Prinzip nicht und bitte Sie, in der Abstimmung über die Lohnprozente dem Nationalrat zuzustimmen.

Präsident: Wir bereinigen die verschiedenen Anträge. Ich schlage Ihnen folgendes Abstimmungsverfahren vor: In einer ersten eventuellen Abstimmung möchte ich den Antrag Weber dem Antrag Graf gegenüberstellen, das Resultat aus dieser Abstimmung in einer zweiten Eventualabstimmung dem Antrag des Bundesrates und des Nationalrates auf 3 Prozent und das Ergebnis dieser Abstimmung in der Hauptabstimmung dem Antrag der Kommissionsmehrheit, dies nach den Vorschriften unseres Reglementes.

Abstimmung – Vote

Eventuell – Eventuellement:

Für den Antrag Weber	5 Stimmen
Für den Antrag Graf	25 Stimmen

Eventuell – Eventuellement:

Für den Antrag des Bundesrates	26 Stimmen
Für den Antrag Graf	7 Stimmen

Definitiv – Définitivement:

Für den Antrag der Mehrheit	26 Stimmen
Für den Antrag des Bundesrates	10 Stimmen

Hofmann, Berichterstatter: Im letzten Satz von Buchstabe a besteht noch eine redaktionelle Differenz zum Nationalrat. Wir sagen: «Die Versicherung kann vom Bund oder von den Kantonen allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklärt werden.»

Der Nationalrat zieht die Wendung «bestimmte Bevölkerungsgruppen» vor, was redaktionell besser sein dürfte, weshalb die Kommission beantragt, dem Nationalrat zuzustimmen.

Angenommen – Adopté

Art. 2 Ziff. 1 Abs. 2 Buchst. c

Antrag der Kommission

Die Krankengeldversicherung ist für Arbeitnehmer obligatorisch. Der Bund oder die Kantone können das Obligatorium auf weitere Bevölkerungsgruppen ausdehnen. Die Versicherung wird durch Beiträge der Versicherten finan-

ziert. Für Arbeitnehmer übernimmt der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge.

Art. 2 ch. I al. 2 let. c

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

(La modification ne concerne que le texte allemand)

Hofmann, Berichterstatter: Der Bundesrat schlug vor, dass die Versicherung für Krankengeld für Arbeitnehmer obligatorisch sei. Unser Rat zog die Kompetenzerteilung für die Obligatorischerklärung an Bund und Kantone vor. Der Nationalrat schliesst sich dem Vorschlag des Bundesrates an, ohne dass darüber im Nationalrat diskutiert oder auch ein Antrag auf Zustimmung zum Ständerat gestellt worden wäre. Der Nationalrat beschloss so mit 73 zu 39 Stimmen. Die Differenz ist materiell angesichts der bereits bestehenden grossen Versicherungsdichte nicht von erheblicher Bedeutung, weshalb Ihnen die Kommissionsmehrheit Zustimmung zum Nationalrat empfiehlt mit einer redaktionellen Umstellung, so, dass die Bestimmung wie folgt lautet: «Die Krankengeldversicherung ist für Arbeitnehmer obligatorisch.»

Angenommen – Adopté

Art. 2 Ziff. 1 Abs. 3

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 2 ch. I al. 3

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Hofmann, Berichterstatter: Hier stellt sich die Frage des Obligatoriums für die Unfallversicherung für Arbeitnehmer. Unser Rat zog auch hier die Kann-Vorschrift mit Kompetenzerteilung an Bund und Kantone vor, damals vor allem aus der Ueberlegung, dass das Gutachten der Expertenkommission für die Revision der Unfallversicherung noch nicht vorliege. Inzwischen ist dieses Gutachten erschienen: Es schlägt das Obligatorium vor. Zurzeit läuft zwar zu diesem Bericht ein Vernehmlassungsverfahren, was an sich ein weiteres Zuwarten rechtfertigen könnte. Da wohl praktisch sicher das Obligatorium von Bundes wegen zu erwarten ist, schlägt Ihnen die Kommission auch hier mehrheitlich Zustimmung zum Nationalrat vor und damit Uebereinstimmung zum Obligatorium für die Krankengeldversicherung.

Angenommen – Adopté

Art. 2 Ziff. 1 Abs. 4

Antrag der Kommission

Der Bund sorgt für eine wirtschaftliche Durchführung der Versicherung, fördert eine gesamtschweizerische Spitalplanung und ist befugt, Vorschriften über die berufliche Ausbildung des Pflegepersonals sowie des medizinischen Hilfspersonals aufzustellen. Er unterstützt die Bestrebungen, insbesondere der Kantone, eine ausreichende medizinische Versorgung zu gewährleisten, und fördert Massnahmen zur Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten und Unfällen.

Art. 2 ch. I al. 4

Proposition de la commission

La Confédération veille à ce que l'assurance soit appliquée de manière économique, encourage une planification hospitalière sur le plan national et peut édicter des prescriptions sur la formation professionnelle du personnel soignant et du personnel paramédical. Elle soutient les efforts en particulier ceux des cantons tendant à garantir des services médicaux suffisants dans toutes les régions

du pays et elle encourage les mesures de prévention des maladies et des accidents.

Hofmann, Berichterstatter: Bei den Förderungsmassnahmen durch den Bund fügt der Nationalrat neu ein, dass der Bund befugt ist, Vorschriften über die berufliche Ausbildung des Pflegepersonals sowie des medizinischen Hilfspersonals aufzustellen. Sodann streicht der Nationalrat im folgenden Satz die ausdrückliche Erwähnung der Kantone bei Unterstützung der Bestrebungen für eine ausreichende medizinische Versorgung.

Mit der Ergänzung über die berufliche Ausbildung will der Nationalrat die in dem verworfenen Bildungsartikel angestrebte berufliche Ausbildung des Pflegepersonals und der medizinischen Hilfsberufe retten. Bundesrat und Nationalrat stimmen dem zu. Ihre Kommission beantragt Ihnen dasselbe.

Die Streichung der Kantone bei den Bestrebungen der Gewährleistung einer ausreichenden medizinischen Versorgung erfolgte im Nationalrat in der Absicht, dass dabei und insbesondere bei der Hauspflege private Organisationen, z. B. das Rote Kreuz, nicht ausgeschlossen sein sollen. Ihre Kommission möchte einerseits die Kantone, andererseits private Organisationen ebenfalls nicht ausschliessen, weshalb sie in Abweichung vom Nationalrat die Formulierung vorschlägt: «Er» (der Bund) «unterstützt die Bestrebungen, insbesondere der Kantone, eine ausreichende medizinische Versorgung zu gewährleisten.» Vorbehältlich dieser kleinen Differenz beantragt Ihnen somit die Kommission Zustimmung zu Absatz 4 gemäss Vorschlag des Nationalrates.

Noch eine letzte kleine Bemerkung. In der Kommission wurde noch darauf hingewiesen, dass die Hauspflege nunmehr sowohl in Absatz 2 Buchstabe a, wie in Absatz 4 erwähnt ist. Man fragt sich nach der Bedeutung und der Konsequenz dieser doppelten Erwähnung. Diese dürfte darin bestehen, dass nach Absatz 2 Buchstabe a, die wir beschlossen haben, die Hauspflege aus dem allgemeinen Beitrag, also aus den Lohnprozenten finanziert wird, nach Absatz 4, aber auch aus allgemeinen Bundesmitteln unterstützt werden kann.

Antrag: Zustimmung zum Nationalrat, vorbehältlich der Umstellung in bezug auf das Wort «insbesondere der Kantone».

Angenommen – Adopté

Präsident: Neben zwei kleineren Differenzen bleibt somit die Differenz bei den Lohnprozenten bestehen.

An den Nationalrat – Au Conseil national

Präsident: Die ausserordentliche Session ist geschlossen. Ich danke Ihnen und hoffe, Sie alle bei guter Gesundheit am 4. März zu Beginn der Frühjahrsession in diesem Saal wiederzusehen.

Schluss der Sitzung und der Sondersession um 17 Uhr

La séance et la session spéciale sont closes à 17 heures

Bundesverfassung. Krankenversicherung. Bericht zum Volksbegehren

Constitution fédérale. Assurance-maladie. Rapport sur l'initiative

In	Amtliches Bulletin der Bundesversammlung
Dans	Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale
In	Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale
Jahr	1974
Année	
Anno	
Band	I
Volume	
Volume	
Session	Januarsession
Session	Session de janvier
Sessione	Sessione di gennaio
Rat	Ständerat
Conseil	Conseil des Etats
Consiglio	Consiglio degli Stati
Sitzung	01
Séance	
Seduta	
Geschäftsnummer	11572
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	29.01.1974 - 14:00
Date	
Data	
Seite	4-16
Page	
Pagina	
Ref. No	20 002 732

Dieses Dokument wurde digitalisiert durch den Dienst für das Amtliche Bulletin der Bundesversammlung.

Ce document a été numérisé par le Service du Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale.

Questo documento è stato digitalizzato dal Servizio del Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale.

Beizufügen ist allerdings, dass vielleicht die Ueberlegungen, die Herr Wenk angestellt hat – wenn ich das noch beifügen darf –, nur vom Gesichtspunkt der Kosten ausgehen, die für die Ausbildung dieser Studenten entstehen. Man übersieht vielleicht, dass viele Studenten, die aus einem Nichthochschulkanton in die Universitätskantone und an die Universitäten gehen, in der Regel diesen Kantonen auch erhalten bleiben. Es ist nicht so, dass nur gegeben wird. Diese bringen auch etwas mit. Wenn Sie an den stolzen Stand Basel-Stadt denken mit seiner grandiosen chemischen Industrie, dann darf natürlich darauf hingewiesen werden, dass auch die Wissenschaftler in dieser Industrie, in der Wirtschaft und in der Wissenschaft irgendwo herkommen. Das ist mit ein Grund, dass man natürlich das nicht nur rein von einem engen Kosten/Nutzen-Denken sehen darf.

Das Problem ist aber durchaus legitim. Wir sind seitens des Bundesrates bereit, das Postulat entgegenzunehmen. Selbstverständlich kann es sich nicht darum handeln, dass wir das jetzt geltende Gesetz in bezug auf die Kriterien, wie die Subventionen zu berechnen sind, noch ändern. Die Revision, die bereits Gegenstand unserer Ausführungen im ersten Geschäft des heutigen Morgens war, wird dann Gelegenheit geben, auf die Anliegen des Herrn Postulanten einzugehen.

Der Bundesrat ist also einverstanden, dass das Postulat überwiesen wird.

Ueberwiesen – Transmis

Schluss der Sitzung um 11.25 Uhr

La séance est levée à 11 h 25

Vierte Sitzung – Quatrième séance

Donnerstag, 7. März 1974, Vormittag

Jeudi 7 mars 1974, matin

8.00 h

Vorsitz – Présidence: Herr Bächtold

11 572

Bundesverfassung. Krankenversicherung Constitution fédérale. Assurance-maladie

Siehe Seite 4 hievor — Voir page 4 ci-devant

Beschluss des Nationalrates vom 4. März 1974

Décision du Conseil national du 4 mars 1974

Differenzen – Divergences

Art. 34 Abs. 2 Buchst. a

Antrag der Kommission

Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates (3 Prozent)

Minderheit

(Honegger, Broger, Girardin, Hefti)

... Erwerbstätigen 2,6 Prozent ...

Art. 34 al. 2 let. a

Proposition de la commission

Majorité

Adhésion à la décision du Conseil national (3 pour cent)

Minorité

(Honegger, Broger, Girardin, Hefti)

... excéder 2,6 pour cent...

Hofmann, Berichterstatter der Mehrheit: Nach unserer letzten Beratung verblieben zwei Differenzen, die sich beide auf den allgemeinen Beitrag durch Lohnprozente zur Deckung der Kosten der Krankenpflegeversicherung, nämlich auf den Verwendungszweck und die Höhe respektive die Begrenzung der Lohnprozente bezogen.

Die erstere Differenz ist nunmehr durch die Zustimmung des Nationalrates behoben durch Streichung des Wörtchens «insbesondere», womit die Aufzählung abschliessend geworden ist und wonach die Lohnprozente zu verwenden sind zur Verbilligung der Heilanstaltsbehandlungen und der Hauspflege, für Mutterschaftsleistungen und für präventivmedizinische Massnahmen. Damit hat der Nationalrat einen wesentlichen Beitrag zu einer Verständigung erbracht. Die blosse Enumeration hätte, wie deren Befürworter immer deutlicher erkennen liessen, dazu geführt, dass die Lohnprozente auch für die Verbilligung der ambulanten Behandlung herangezogen worden wären, womit entweder den vier ausdrücklich erwähnten Zwecken wesentliche Mittel entzogen oder aber die heute vorgesehenen Lohnprozente nicht mehr genügt hätten.

In diesem Zusammenhang noch eine Bemerkung: Aus Krankenkassenkreisen wurde die Befürchtung laut, in der bisherigen Beratung wäre der Mittelfluss irgendwie präjudiziert worden. Das trifft jedenfalls für unsere Kommission und unseren Rat nicht zu. Wohl stellten wir etwa Ueberlegungen darüber an, wie die Lohnprozente den einzelnen

Zwecken zugeführt werden könnten, jedoch immer im Bewusstsein, dass die Regelung darüber im Gesetz zu erfolgen habe und dass in der Verfassung diesbezüglich nichts präjudiziert werden soll.

Nun zur verbleibenden Differenz: Im Grundsatz hat sich der Nationalrat auch hier unserem Rate angeschlossen. Die Lohnprozente sollen in der Bundesverfassung durch eine feste Zahl des Beitrages begrenzt werden und nicht durch einen prozentualen Anteil an den Gesamtaufwendungen für die Krankenpflegekosten. Der Nationalrat entschied in diesem Sinne, also für 3 Prozent, und gegen die Proportionalenlösung, mit 94 : 68 Stimmen. Damit konzentriert sich die Differenz noch auf die fixe Zahl der Lohnprozente. Ihrer Kommission lagen nochmals alle Anträge vor. In einem Grundsatzentscheid lehnte die Kommission vorerst mit 10 : 2 Stimmen die sogenannte Proportionalenlösung, also Anteil an den gesamten Krankenpflegekosten, zugunsten eines festen Lohnprozentsatzes ab. Sie entschied sich sodann mit 8 : 4 Stimmen für 2,6 Prozent, statt der bisherigen 2 Prozent, und schliesslich mit 7 Stimmen für 3 Prozent und damit für Zustimmung zum Nationalrat, während 5 Stimmen auf 2,6 Prozent entfielen.

Ich möchte Ihnen kurz die wesentlichen Ueberlegungen der Kommissionsmehrheit, zu der auch ich gehöre, darlegen, während Kollege Honegger das wohl für die Kommissionsminderheit, also für 2,6 Prozent, tun wird.

Für die grosse Mehrheit der Kommission unseres Rates entscheidend ist die Begrenzung der Lohnprozente in der Bundesverfassung überhaupt. So lange sich diese Begrenzung in einem tragbaren Rahmen hält, kommt der Höhe der Begrenzung eher nur sekundäre Bedeutung zu. Für mich persönlich bedeuten die 3 Prozent ein noch tragbares Maximum, anderen, die weiter gehen möchten, wohl eher das Minimum, vielleicht das zu kleine Minimum.

Unsere Ueberlegungen gingen immer etwa von der Auffassung aus, dass über die Lohnprozente rund 30 bis 40, wohl eher 40 Prozent der gesamten Krankenpflegekosten gedeckt werden sollten. Die angestellten Schätzungen ergeben nun folgendes Bild: Für 1976 würden 2 Prozent rund 30 Prozent der Ausgaben decken, 2,6 Prozent rund 40 Prozent und 3 Prozent rund 45 Prozent. Man hat auch versucht, Schätzungen für das Jahr 1980 anzustellen, wobei man darüber im Ungewissen ist, wie sich die Differenz zwischen der Zunahme der Krankenpflegekosten einerseits und der Lohnsumme andererseits entwickeln werde. Zwischen den Jahren 1966 und 1971 betrug die jährliche Zunahme der Ausgaben in der Krankenpflege 16 Prozent; die Lohnsumme nahm in diesen Jahren aber jährlich durchschnittlich um 9 Prozent zu, so dass sich bisher eine Differenz von jährlich 7 Prozent ergab. Legt man bis zum Jahre 1980 der Schätzung nun eine durchschnittliche Mehrzunahme der Krankenpflegekosten von 4 Prozent zugrunde, so ergibt sich für 1980 folgendes Bild: 2 Lohnprozente würden noch 26 Prozent der Ausgaben decken, 2,6 Prozent etwa 33 Prozent und 3 Prozent etwa 39 Prozent der Ausgaben. Nimmt man eine Differenz zwischen Zuwachsraten und Löhnen von 6 Prozent bis 1980 an, so würden 1980 2 Prozent noch etwa 24 Prozent der Ausgaben decken und 3 Prozent etwa 36 Prozent der Ausgaben. Das Resultat ist also, dass 2,6 Prozent 1976 noch etwa 40 Prozent decken würden, aber 1980 bereits nicht mehr.

Jetzt sind wir im Begriffe, den Prozentsatz in der Bundesverfassung festzulegen, deren Abänderung bekanntlich umständlich und erschwert ist. Die Kommissionsmehrheit hält dafür, dass die Begrenzung in der Verfassung für einige Zeit ausreichen, damit also eine gewisse Spannweite haben sollte. Wir legen in der Verfassung einen Maximalansatz fest, der nicht von Anfang an ausgeschöpft werden muss und nicht ausgeschöpft werden sollte. Das wird Sache des Gesetzgebers sein. Aber die Limitierung in der Verfassung sollte Raum gewähren für eine gewisse Anpassungsmöglichkeit. Die Limitierung darf nicht allzu rasch

als starre Barrikade erscheinen und sich nicht nach wenigen Jahren schon als revisionsbedürftig erweisen.

Uebersehen wir nicht, dass die Begrenzung in der Verfassung – das sei zugegeben – doch eher etwas Aussergewöhnliches darstellt.

Eine weitere nicht unwichtige Ueberlegung: Mit Zustimmung zum Nationalrat schliessen wir das Differenzverfahren ab und damit auch für den Nationalrat die Möglichkeit aus, eventuell doch noch zur Proportionalenlösung überzugehen, die – wie wir wissen – in unserem Rate sehr wenig Sympathien geniesst und kaum auf Annahme rechnen könnte. Aber wenn von den Verfechtern der Proportionalenlösung ein Vorschlag käme, das Maximum auf 45 Prozent oder gar auf 40 Prozent anzusetzen, bleibt offen, wie sich die Mehrheitsverhältnisse im Nationalrat gestalten könnten. Also, diese Gefahr für viele von Ihnen wäre mit der heutigen Zustimmung zum Nationalrat behoben.

Schliesslich noch eine mehr politisch-taktische Ueberlegung. Mit dem Rückzug der sozialdemokratischen Initiative ist, nach allem was man in der letzten Zeit gehört hat, kaum mehr zu rechnen. Es wäre auch falsch, unsere Konzession, die wir nun vorschlagen, dahin zu deuten, dass man damit den Rückzug der Initiative womöglich hätte erwirken wollen. Ich glaube, die klare Alternative zur sozialdemokratischen Initiative, die wir immer verfochten haben, besteht, wenn wir 2,6 Prozent, aber auch wenn wir 3 Prozent für die Lohnprozente in Vorschlag bringen. Zweifellos aber hat ein Gegenvorschlag mit 3 Prozent bessere Chancen als ein solcher mit 2,6 Prozent, welchem Ansatz doch irgendwie etwas Kleinliches anhaftet; jedenfalls könnte dieser Vorwurf gemacht werden. Diese Zahl 2,6 Prozent in die Verfassung hat mir nie gefallen, ich gebe das ohne weiteres zu. Nachdem 2 Prozent ganz offensichtlich nicht durchsetzbar, nach den heutigen Erkenntnissen von der Sache her aber auch kaum mehr haltbar sind, und nachdem 2,5 Prozent wie man hört schwer halbierbar seien, weshalb man auf diese ominösen 2,6 Prozent kam, so glaube ich, dass sich ein Satz von 3 Prozent irgendwie aufdrängt. Man sollte hinter einem Gegenvorschlag einen möglichst grossen Rückhalt aufbauen können. Von der Verbindung der Schweizer Aerzte wissen wir, dass sie einen solchen Vorschlag befürworten, desgleichen von einem Teil der Krankenkassen. Die anderen werden sich bis zur Abstimmung doch wohl noch überlegen, was für sie einerseits die sozialdemokratische Initiative und andererseits ein Scherbenhaufen bedeuten würde. Die gleiche Ueberlegung – Initiative oder Scherbenhaufen – mögen auch jene anstellen, denen heute 3 Prozent als zu hoch erscheinen. Bei einem Scherbenhaufen besteht keinerlei Begrenzung, sondern wir besitzen eine Verfassungsbestimmung, die auf dem Gesetzgebungswege alles ermöglicht.

Abschliessend halte ich dafür, dass wir, der Ständerat, zähe für unseren Standpunkt gefochten und einen guten Teilerfolg errungen haben. Nun liegt ein Kompromiss vor uns, der meines Erachtens tragbar und damit positiv zu bewerten ist.

Im Namen der Kommissionsmehrheit beantrage ich Ihnen Zustimmung zum Nationalrat.

Honegger, Berichterstatter der Minderheit: Darf ich zunächst daran erinnern, dass der Ständerat in der Sondersession im Januar mit 26 zu 10 Stimmen an 2 Lohnprozente festgehalten hat. Was ist nun in der Zwischenzeit passiert? Die nationalrätliche Kommission hat mit 14 zu 11 Stimmen dem Nationalrat beantragt, an 3 Prozent festzuhalten. Der Nationalrat ist diesem Antrag in einer ersten Abstimmung gegenüber dem Vorschlag 2,6 Prozent mit 91 zu 76 Stimmen gefolgt; in einer zweiten Abstimmung, gegenüber der proportionalen Lösung, mit 94 zu 68 Stimmen. So überzeugend sind diese Stimmenverhältnisse auch wieder nicht, um nun in einem Anheb den Sprung von 2 auf 3 Prozent zu tun. Es gibt meines Erachtens sehr gute Gründe, einen Mittelweg vorzuschlagen, nämlich die Lohnpro-

zente auf 2,6 Prozent festzulegen, wie das Ihnen die Minderheit der Kommission vorschlägt, um damit dem Nationalrat nochmals Gelegenheit zu geben, zu einer Verständigungslösung des Ständerates Stellung zu beziehen.

Ich möchte nicht nochmals alle Gründe darlegen, die für eine weniger grosszügige Lösung sprechen. Stichwortartig nur noch folgende Bemerkungen: Auch wenn 3 Prozent beschlossen werden – der Herr Kommissionspräsident hat darauf aufmerksam gemacht –, wird die Initiative nicht zurückgezogen. Es kommt also so oder so zu einer Auseinandersetzung vor dem Souverän. Ich bin auch nicht so sicher wie der Herr Kommissionspräsident, dass eine Vorlage mit 3 Prozent wesentlich besser durchzubringen wäre als eine solche mit 2,6 Prozent. Denken Sie an die laufend erhöhten Lohnprozente, denken Sie an das, was noch für die Finanzierung der AHV bevorsteht. All diese Bedenken lassen doch vielerorts, insbesondere in der Wirtschaft, aber auch bei vielen Arbeitnehmern jüngerer Jahrgänge aufhorchen. Wie der Herr Kommissionspräsident dargelegt hat, zeigt das Zahlenmaterial des Bundesamtes für Sozialversicherung, dass bei geschätzten Gesamtausgaben der Krankenpflegeversicherung von 5,9 Milliarden Franken im Jahre 1976 2,6 Lohnprozente 40 Prozent der Kosten decken. Herr Professor Kaiser hat in der Kommission dargelegt, dass bei einer realistischen Annahme einer weiteren Zunahme der Kosten, im Jahre 1980 mit 2,6 Lohnprozenten immer noch mindestens 33 Prozent der Ausgaben gedeckt sind. Wenn man nun aber annimmt, dass die Kosten nicht wesentlich stärker steigen als die Löhne – was meines Erachtens eigentlich anzustreben wäre –, dann dürfen Sie auch für das Jahr 1980 mit 2,6 Lohnprozenten annähernd 40 Prozent der Ausgaben als gedeckt betrachten. Um dieses Ziel zu erreichen, wird es aber notwendig sein, die Kostenexplosion der letzten Jahre nun endlich unter Kontrolle zu bringen. Dazu dient eine seriöse, aber nicht allzu grosszügige Finanzierung durch Lohnprozente. Es sind dabei aber auch Anpassungen der Kostenbeiträge und Prämien derjenigen Versicherten nötig, die es vermögen, für ihre Gesundheit selbst etwas mehr als bisher aufzubringen.

Ich bitte Sie, dem Minderheitsantrag der Kommission zuzustimmen.

Graf: Unser gewichtiger und durchschlagskräftiger Kommissionspräsident, Kollege Hofmann, hat Ihnen erklärt, dass die Proportionalösung leider in unserem Saal – oder nicht leider, das sage ich jetzt – keine Sympathie finden würde. Als überzeugter Anhänger der Proportionalösung höre ich auf seinen Rat und erlaube mir, heute keinen Antrag mehr zu stellen, und zwar nicht nur deshalb, weil die Züge bald gehen, sondern auch deshalb, weil ich mich überzeugen liess, dass mit der Lösung mit 3 Prozent einigens gewonnen wird.

Im Mittelalter hat die Kirche die Armen, die Kranken und die Alten gepflegt, soweit das in den grossen Häusern unserer Städte und in den Dörfern nicht durch die Familien selbst getan werden konnte. Mit dem Beginn der Neuzeit, mit der Reformation ist dann diese Aufgabe an den Staat übergegangen, und der Staat hat in den Spitälern oder den Spitteln, wie wir sagen, diejenigen gepflegt, denen die individuelle Hilfe zuhause nicht zustatten kam. Sie können in neuerer Zeit bei Gotthelf nachlesen, wie die Verhältnisse etwa im Kanton Bern gewesen sind, oder Sie können bei Hesse nachlesen, wie das etwa in Deutschland funktioniert hat; auch Federer sagt einiges über die Zustände in den Spitälern in der Innerschweiz.

Um es kurz zu machen: Wir sind am Ende dieser Periode angelangt. Früher schon sagte man: Eine arme Mutter kann zehn Kinder ernähren, aber zehn Kinder unter Umständen die Mutter nicht erhalten. Heute dürften wir etwa sagen in bezug auf die Pflege alter, gleichgültig ob armer oder reicher Leute: Eine Mutter kann wohl drei Töchter aufziehen, aber drei reiche Töchter bringen es heute nicht mehr zuwege, für eine kranke alte Mutter zu sorgen, und

zwar nicht nur aus bösem Willen, sondern weil allein die Wohnverhältnisse nicht mehr dazu angetan sind. Wo wollen sie die Leute unterbringen? Und weil wir natürlich auch Individualismus mit Egoismus verwechselt haben, ist niemand mehr bereit, für diese Leute zu sorgen. So müssen wir heute einen neuen Markstein setzen. Wir müssen heute in der Pflege der Alten und der kranken Alten vermehrt etwas tun, denn was wir bisher getan haben, das genügt nicht mehr, und die finanziellen Beiträge der Krankenversicherten werden so hoch, dass sie nicht mehr geleistet werden können. Die Kantone können die Spalkosten nicht mehr tragen, so dass eine neue Finanzierungsmethode gefunden werden muss.

Wenn ich den Glauben haben könnte, und ich wäre glücklich, wenn ich ihn haben könnte, dass für die Alten und die Kranken von der Familie aus mehr getan werden könnte, wenn ich wüsste, dass weiterhin, wie früher in den Spitälern Orden für Gotteslohn die Kranken pflegen würden, dann würde ich herzlich gern Herrn Kollege Honegger zustimmen und seinen Mitunterzeichnern; aber mir fehlt hier wirklich der Glaube. Wenn Sie die Geschichte real betrachten, so deutet gar nichts darauf hin, dass auf diesem Gebiet die Verhältnisse sich bessern werden. Wenn das aber so ist, dann haben wir heute die Pflicht, die nötigen Mittel zu beschliessen, nämlich mit 3 Prozent, wobei ich überzeugt bin, dass wir mit 3 Prozent der Kostenexplosion, soweit sie technisch bedingt ist, mit gleicher Kraft auf den Leib rücken können wie mit 2,6 Prozent. Ich möchte das so erklären: Nicht wir können gegen die Kosten etwas tun, sondern das werden die zwei Vereinigungen an der Front tun. Das werden die Aerzte sein, und das werden die Krankenkassen sein. Diesen müssen wir aber die Mittel dazu geben. Wir haben hier das unsrige zu tun und zwar nach Artikel 4 dieses Gesetzes. Der Bund koordiniert, und der Bund wird dafür sorgen müssen, dass wir dort, wo kantonale Eigenheiten bestehen, Eigenheiten, die zu einem teuren und unnötigen Betrieb der Spitäler führen, zu einer vernünftigen Lösung kommen. Es werden die Kantonsräte und die Sanitätsdirektoren in den Kantonen sein, welche für Ordnung und für eine vernünftige Führung der Spitäler zu sorgen haben.

Zum letzten noch: Jetzt, glaube ich, geht es nicht an, dass wir den Scherbenhaufen, von dem Herr Hofmann gesprochen hat, riskieren, sondern jetzt müssen wir den Markstein setzen, den Beschluss fassen, damit das Departement des Innern, der Bundesrat und damit wir, frei werden, die Kosten nun wirklich in den Griff zu bekommen. Ob wir heute 2,6 oder 3 Prozent beschliessen, es ist doch zu sagen, wenn man heute die Lohnprozente festlegen müsste, um die Kosten zu decken, würden 2,2 Prozent genügen. Das Detail wird im Gesetz festgelegt, und wir müssen dann beweisen, dass wir die Kosten in den Griff bekommen. Wenn wir sie in den Griff bekommen, dann erreichen wir die 3 Prozent gar nicht. Aber ich möchte Sie bitten, doch zu bedenken, dass, wenn in der Medizin neue Methoden aufkommen und diese Methoden kostspielig sind, wir die 3 Prozent brauchen werden. Wenn unsere Wohnungen noch kleiner werden, noch weniger Platz für die Kranken vorhanden ist, dann müssen diese Kranken eben von der Öffentlichkeit gepflegt werden. Das wird etwas kosten. Ich meine, wir dürfen es uns nicht erlauben, jetzt die nötigen Mittel zum vornherein in der Verfassung zu versagen.

Ich darf Sie bitten, in diesem Sinne heute für die 3 Prozent zu stimmen, in der Absicht alles zu tun, damit in den nächsten Jahren diese 3 Prozent nicht erreicht werden.

Weber: Nach der Meinung der Kommissionsmehrheit soll also heute die letzte Differenz aus dem Weg geschafft werden. Um es vorweg zu nehmen: Es ehrt jene Kommissionsmitglieder, die von der früheren harten Haltung abgekommen sind und die eindeutig die zu enge Begrenzung bei 2 Lohnprozenten aufgegeben haben. Es gebührt jenen Dank, die vom Willen beseelt waren, etwas Brauchbares

zu schaffen und aus Ueberzeugung heraus, nicht aus Zweckopportunismus heraus, die Spannung bis 3 Prozent ausdehnen wollen, aus Zweckopportunismus etwa deshalb, weil man befürchten könnte, das System würde doch noch in einer weiteren Phase des Differenzbereinigungsverfahrens geändert, wenn nicht rasch gehandelt und die Uebungen heute abgebrochen werden können. Der Schritt von 2 auf 3 Prozent ist sicher beachtlich, besonders für jene, die einmal glaubten, 2 Prozent könnten genügen.

Wenn ich Ende Januar zur gleichen Sache die Frage gestellt habe, ob in unserer Situation nicht Resignation das einfachste, wenn nicht gar vernünftigste wäre, müsste ich auch jetzt noch, nach den ermunternden Worten von Herrn Bundesrat Hürlimann – er hat damals in seiner Grossmütigkeit als echter Landesvater gemahnt, man dürfe nie aufgeben – einen letzten Versuch im Rat unternehmen, eine Limitierung des lohnprozentualen Anteils in Form der Proportionalösung in die Verfassung aufzunehmen. Diesen Versuch haben Herr Graf und ich in der Kommission noch einmal unternommen. Es scheint ihm wie mir und meinen Fraktionsfreunden zu ergehen: Wir sind müde und abgekämpft. Ein weiterer Versuch wäre wohl aussichtslos. Schon in der Kommission ist von den Gegnern der von uns angestrebten Lösung behauptet worden, ein Umstellen auf ein neues System sei beim jetzigen Stand der Dinge zu spät. Auch wenn man noch wollte, es gehe einfach nicht mehr. Ich finde, es sei nie zu spät, wenn etwas Besseres im Bereiche des Möglichen liegt. Zu spät ist es erst, wenn der Schlusspunkt gesetzt ist, vielleicht wenn der Scherbenhaufen da ist, oder vielleicht wenn man an der selbst gesetzten Grenze, die eigentlich keine brauchbare Grenze ist, sondern eher ein Hindernis sein könnte, anstösst und neue Schwierigkeiten entstehen. Es ist der Wunsch jener, die ich hier vertrete, dass ich in aller Offenheit noch einmal erkläre: Die Limitierung des allgemeinen Beitragsobligatoriums zur Finanzierung der Krankenpflegekosten durch feste Lohnprozentansätze kann uns auch heute noch nicht überzeugen und muss als schlecht bezeichnet werden. Wir glauben wohl, dass die Limite zu Beginn der Wirksamkeit des Verfassungsartikels genügen kann, dass es gar im Bereiche des Möglichen liegt, nicht das Maximum ausschöpfen zu müssen. Wenn aber 1976 3 Lohnprozent 45 Prozent der Gesamtkrankenpflegekosten ausmachen, werden diese 3 Lohnprozent 1980 bei gleichbleibender Kostenentwicklung noch 33 Prozent – der Kommissionspräsident hat von 36 Prozent gesprochen – ausmachen. Werden dann zumal 3 Lohnprozent noch genügen? Ich möchte hier Herrn Honegger sagen: Wir wollen nicht die Kostenexplosion in die Zukunft projizieren, aber wir müssen die Kostenexplosion bei der Formulierung des Verfassungsartikels einkalkulieren. Es sieht nicht so aus, als ob die Oeffentlichkeit in Zukunft entstehende Löcher wird stopfen können. 20 Prozent werden auch für den Bund, so scheint es wenigstens, eher die obere Grenze sein. Man verzichtet allerdings darauf, für diese Gelder der Oeffentlichkeit in die Verfassung einen Plafond aufzunehmen, aber man verzichtet auch darauf, eine Garantie zu formulieren im Sinne eines Schutzes für die Krankenkassenmitglieder. Was bedeutet das? Die fehlenden Millionen müssen über die unsozialen, lohnunabhängigen Individualprämien aufgebracht werden. Sicher wird auch niemand die Verantwortung übernehmen und die Entwicklung in der Medizin einfach ignorieren wollen, nur damit Kosten gespart werden können. Wir sind uns zwar einig, dass die bisherige Kostenexplosion gestoppt werden muss. Aber die Verantwortung bleibt auch bei den Politikern, dass kein Stillstand in dieser Entwicklung entsteht, so dass die Krankenpflege eines Tages den Anforderungen, wie sie sich auch durch Sachzwänge ergeben können, nicht mehr gewachsen wäre.

Wir sind nach wie vor der Auffassung, dass der Verfassungsartikel für die zukünftige Gestaltung des Krankenpflege-Versicherungswesens nur die Grundlage und die

grossen Richtlinien enthalten sollte, das Gesetz aber die Details zu regeln hätte. Wir leisten nicht nur den Kranken, sondern auch den Krankenkassen mit der jetzigen Lösung keinen grossen Dienst, sollte die Entwicklung in ähnlichem Ausmass weitergehen wie in den letzten Jahren. Es werden die Kassen sein, die, nachdem der Bund nach und nach insolvent zu werden scheint, von den Versicherten durch stete Beitragserhöhungen die nötigen Mittel zusammentreiben müssen – die Aerzte und die Krankenhäuser werden sich kaum wesentliche Abstriche gefallen lassen – oder es wird die Franchise, die wir an und für sich als zweckmässig erachten, so rigoros erhöht werden müssen, dass sie zu einem sozialen Notstand führen könnte.

Mit diesen Erklärungen stimmen wir heute den 3 Lohnprozenten – der Not gehorchend, aber mit Unlust – zu. Die Zustimmung erfolgt deshalb, weil 3 Lohnprozent wesentlich besser sind als 2 Lohnprozent. Unlust empfinden wir deshalb, weil das andere System eher verfassungsgerecht wäre und auf die Dauer der Wirklichkeit besser gerecht werden könnte.

M. Guisan: Les derniers propos que nous venons d'entendre m'engagent à faire une déclaration: A mes yeux, nous avons commis une erreur fatale au moment où nous nous sommes écartés de la proposition primitive du Conseil fédéral, qui voulait réserver l'assurance ou la couverture par la cotisation en question aux traitements hospitaliers, aux traitements et examens à la longue coûteux. Nous aurions dû en rester à cette solution et je me permets de rappeler à ce Conseil que c'est la proposition que j'ai reprise lors de la session de janvier. Je regrette que cette attitude-là n'ait pas pu être assumée par le Conseil des Etats. Si nous l'avions prise, nous ne serions pas aujourd'hui devant ces difficultés de financement.

Pour mon compte, j'en reste à la conviction que nous aurions dû limiter l'affectation de la cotisation selon le projet du Conseil fédéral et qu'ainsi nous pouvions tenir, ce qui à mes yeux est juste, le 2 pour cent. Nous nous faisons des illusions dans cette salle en croyant que nous présentons un projet accepté avec grand enthousiasme sous le prétexte qu'il s'agit d'un projet social. Je crois que le peuple est, dans toutes les catégories de la population, extrêmement touché par la progression des prélèvements que l'on opère sur les revenus et je pense qu'en fixant à 2,6 pour cent et surtout à 3 pour cent a taux, nous allons à l'encontre de la volonté profonde de nos concitoyens. Je reste donc persuadé que nous devons nous en tenir à la proposition du Conseil fédéral et je demeure partisan du 2 pour cent.

Bundesrat Hürlimann: Mit dieser Diskussion begibt sich Ihr Rat auf den Höhenweg des eidgenössischen Zweikammersystems. An und für sich könnte es sich der Vertreter des Bundesrates leicht machen und Sie mit ehrfurchtsvoller Distanz auf diesem Weg bewundern, den Sie, Herr Ständerat Weber, obwohl Sie gesagt haben, Sie seien müde, mit erfreulicher Jugendfrische betreten haben, wie ich vorhin Ihrem Votum entnommen habe. Wenn ich Sie trotzdem nicht nur auf Distanz bewundere, sondern zur Sache noch spreche, dann gestatten Sie mir zwei Ueberlegungen.

Eine erste: Was wir heute beschliessen, ist Verfassungsrecht. Bei den vielen Diskussionen, die wir um diesen Verfassungsartikel geführt haben, hatte man sehr oft den Eindruck – ich habe es bei anderen Gelegenheiten schon gesagt –, dass wir immer wieder dem naheliegenden Fehler verfallen, dass wir mit der Verfassung gleichzeitig auch Gesetze erlassen wollen. Das wäre verständlich, wenn nicht Sie selber der Gesetzgeber wären. Aber ich glaube, es ist nicht sinnvoll, wenn Sie sich selber Schranken auferlegen für eine Phase, die erst noch folgt. Sie sollten deshalb bei dieser Verfassungsdiskussion sich überlegen, dass man sich einen gewissen Spielraum schafft für das, was nachher auf Gesetzesstufe durch Sie selber wieder

letztlich zu verabschieden ist. Ich glaube, es steht unserer Verfassung nicht gut an, wenn man hier mit Dezimalstellen operiert. Nehmen Sie wenigstens eine ganze Zahl für unsere ohnehin in dieser Hinsicht etwas lädierte Verfassung und wählen Sie 3 Prozent. Das schliesst nicht aus, dass Sie mit all diesen Ueberlegungen, wie sie immer wieder angestellt werden, einen Satz von 2,4 oder 2,6 Prozent nachher ins Gesetz aufnehmen können. Das ist immerhin möglich und ruft vielleicht auch nicht so schnell nach einer Revision der Verfassung. Weil es Verfassungsrecht ist, möchte ich hier erklären, was der Kommissionspräsident bereits gesagt hat: Es ist nicht entschieden, in welcher Art das Geld, das wir nachher erheben, auf die vier Bereiche, die wir jetzt abschliessend umschrieben haben, verteilt wird, und es steht auch nicht fest, in welcher Weise das Geld letztlich fließen soll. Ich für mich möchte auch bei dieser Gelegenheit feststellen, dass wir alles Interesse daran haben, beispielsweise die bisherigen Versicherungsträger in die ganze Verteilung dieser Mittel mit einzubeziehen, um ja nicht die Administration des Bundes in diesem Bereich über Gebühr anwachsen lassen zu müssen.

Zusammenfassend: Diese 3 Prozent sind angemessen allein schon aus dem Gesichtspunkt der Verfassung.

Eine zweite Ueberlegung: Wenn Sie mit diesen 3 Prozent die Vorlage verabschieden, dann hat der Ständerat einen echten Erfolg erkämpft. Sie haben in der Diskussion mit dem «grossen Rat» erreicht, dass die Bereiche, die letztlich als Objekt dieser Versicherung betrachtet werden, nämlich die Spitalpflege, die Mutterschaft, die Präventivmedizin und die Hauspflege, in Uebereinstimmung mit den seinerzeitigen Vorstellungen des Nationalrates (der aber dies nicht abschliessend sah), in der Verfassung abschliessend umschrieben sind. Das ist auch eine Begrenzung; das muss man mindestens zugute halten denjenigen gegenüber, die nun erklären: Wenn wir schon den Bereich abgrenzen, dann sollten wir auch einen gewissen Spielraum für die Mittel haben, die wir langfristig über das Gesetz erheben wollen.

Sie haben ferner – durch Ihre Konstruktion im Ständerat, entgegen der Lösung, wie sie seinerzeit der Bundesrat mit dem Grossrisiko umschrieben hat – auch die begrenzte Finanzierung mit den Lohnprozenten erreicht. Ich glaube, auch das ist als ein echter Erfolg zu werten.

Ich möchte Ihnen deshalb in Fortführung der konsequenten Haltung des Bundesrates beantragen, nachdem sich der Nationalrat einmal zu diesen 3 Prozenten durchgerungen hat, diese Differenz ebenfalls aus dem Wege zu räumen und damit eine sehr konstruktive Debatte über einen Verfassungsartikel zwischen diesen beiden Räten zum Abschluss zu bringen. Es würde meines Erachtens dem System der zwei Kammern und dem Ansehen dieses Rates gut tun, wenn Sie jetzt, nachdem Sie im Grunde genommen in ganz wesentlichen Belangen recht bekommen haben, mit Ihrer Stellungnahme die Differenzen beseitigen. Wenn Sie dies nicht tun, steigen Sie vom erwähnten Höhenweg in die Niederungen des Feilschens und Marktens. Namens des Bundesrates beantrage ich Ihnen Zustimmung zur Mehrheit der Kommission, in der Verfassung diese 3 Prozent festzulegen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit (3%)	24 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit (2,6%)	12 Stimmen

Präsident: Damit sind die Würfel gefallen. Ich möchte nicht unterlassen, der Kommission und dem Kommissionspräsidenten für die grosse und geduldige Arbeit zu danken.

Schluss der Sitzung um 8.50 Uhr

La séance est levée à 8 h 50

Fünfte Sitzung – Cinquième séance

Dienstag, 12. März 1974, Nachmittag

Mardi 12 mars 1974, après-midi

18.15 h

Vorsitz – Présidence: Herr Bächtold

Präsident: Heute ist Herr Bundesrat Chevallaz zum erstenmal als Mitglied der Landesregierung bei uns. Ich heisse ihn herzlich willkommen und wünsche ihm ein erfolgreiches Wirken für Volk und Staat.

Wir zweifeln nicht daran, Herr Bundesrat, dass wir in Ihnen einen wachsamem und standhaften Betreuer der Bundesfinanzen haben und wollen uns bemühen, Ihnen Ihre schwere Aufgabe zu erleichtern. In seinem sehr lesenswerten Buch «Die Schweiz oder der Schlaf der Gerechten» hat Nationalrat Georges-André Chevallaz die Frage gestellt: «Ist es heute noch gerechtfertigt, dass die 44 Vertreter der Kantone über die gleiche Machtbefugnis verfügen wie die 200 Volksvertreter? Dass jedes Gesetz, jeder Beschluss unter denselben Bedingungen von beiden Kammern genehmigt werden muss, ohne dass einer von ihnen den Vorrang beanspruchen könnte?» Als Föderalist und profunder Kenner des Wesens der Eidgenossenschaft hat der Nationalrat und Syndic von Lausanne diese Frage ganz entschieden bejaht. Wir freuen uns sehr darüber und hoffen, dass Herr Bundesrat Georges-André Chevallaz nie Anlass haben werde, von seiner guten Ueberzeugung über die Funktion des Ständerates abzugehen. (Beifall)

11 788

Postulat Leu. Zweitwohnungen. Steuerausscheidung

Résidences secondaires. Partage de l'impôt

Wortlaut des Postulates vom 26. September

Ein ansehnlicher Teil unserer Bevölkerung besitzt eine Zweitwohnung. Der Ort der Zweitwohnung wird ihr zum zweiten Wohnsitz. Als Zweitorte werden die Berg- und Erholungsgebiete bevorzugt. Es sind dies Gebiete, die meistens in den finanzschwachen Kantonen liegen. Durch die Zweitwohnungen wird die Infrastruktur der betreffenden Gemeinden so belastet, dass die daraus entstehenden Kosten durch die ordentlichen Steuern und Abgaben aus den Liegenschaften nicht gedeckt werden können.

Der Bundesrat wird daher ersucht zu prüfen, ob aufgrund von Artikel 46 Absatz 2 der BV über die Doppelbesteuerung nicht ein Gesetz zu erlassen sei, wonach der Kanton, in dem sich die Zweitwohnung befindet, berechtigt sei, einen angemessenen Teil des Einkommens und des beweglichen Vermögens des Inhabers der Zweitwohnung zu besteuern.

Texte du postulat du 26 septembre

Une partie fort appréciable de notre population possède une résidence secondaire. Celle-ci constitue un second domicile. De préférence, on choisit pour ces résidences secondaires les régions de montagne et celles qui conviennent aussi au repos et au rétablissement. Or il s'agit de territoires qui sont le plus souvent situés dans des cantons à faible capacité financière. La création de ces résidences secondaires met à tel point à contribution l'équipement collectif des communes en cause que les frais supplémentaires qui en résultent ne peuvent pas être

Bundesverfassung. Krankenversicherung

Constitution fédérale. Assurance-maladie

In	Amtliches Bulletin der Bundesversammlung
Dans	Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale
In	Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale
Jahr	1974
Année	
Anno	
Band	II
Volume	
Volume	
Session	Frühjahrssession
Session	Session de printemps
Sessione	Sessione primaverile
Rat	Ständerat
Conseil	Conseil des Etats
Consiglio	Consiglio degli Stati
Sitzung	04
Séance	
Seduta	
Geschäftsnummer	11572
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	07.03.1974 - 08:00
Date	
Data	
Seite	58-62
Page	
Pagina	
Ref. No	20 002 890

Dieses Dokument wurde digitalisiert durch den Dienst für das Amtliche Bulletin der Bundesversammlung.

Ce document a été numérisé par le Service du Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale.

Questo documento è stato digitalizzato dal Servizio del Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale.

Elfte Sitzung – Onzième séance

Freitag, 22. März 1974, Vormittag

Vendredi 22 mars 1974, matin

8.00 h

Vorsitz – Présidence: Herr Bächtold

11 572

**Bundesverfassung. Krankenversicherung
Constitution fédérale. Assurance-maladie**

Siehe Seite 58 hiervor — Voir page 58 ci-devant

Beschluss des Nationalrates vom 4. März 1974

Décision du Conseil national du 4 mars 1974

*Schlussabstimmung – Vote final*Für Annahme des Beschlussentwurfes 25 Stimmen
Dagegen 1 Stimme*An den Nationalrat – Au Conseil national*

11 645

**Ausbildungsfinanzierung Erwachsener.
Volksbegehren****Financement de la formation des adultes.
Initiative populaire**

Siehe Seite 32 hiervor — Voir page 32 ci-devant

Beschluss des Nationalrates vom 22. März 1974

Décision du Conseil national du 22 mars 1974

*Schlussabstimmung – Vote final*Für Annahme des Beschlussentwurfes 35 Stimmen
(Einstimmigkeit)*An den Bundesrat – Au Conseil fédéral*

10 923

**Verwaltungsstrafrecht
Droit pénal administratif**

Siehe Jahrgang 1973, Seite 756 — Voir année 1973, page 756

Beschluss des Nationalrates vom 28. November 1973

Décision du Conseil national du 28 novembre 1973

*Schlussabstimmung – Vote final*Für Annahme des Gesetzentwurfes 35 Stimmen
(Einstimmigkeit)*An den Nationalrat – Au Conseil national*

11 746

**Schweizerische Verkehrszentrale.
Bundesgesetz****Office national suisse du tourisme. Loi**

Siehe Jahrgang 1973, Seite 743 — Voir année 1973, page 743

Beschluss des Nationalrates vom 11. März 1974

Décision du Conseil national du 11 mars 1974

*Schlussabstimmung – Vote final*Für Annahme des Gesetzentwurfes 34 Stimmen
(Einstimmigkeit)*An den Nationalrat – Au Conseil national*

Präsident: Wir nehmen heute Abschied von einem Ratsmitglied eigener Prägung. Mit aufrichtigem Bedauern müssen wir davon Kenntnis nehmen, dass unser Bündner Kollege Arno Theus den Ständerat verlässt, dem er 18 Jahre lang angehört hat. Wir haben Verständnis für seinen Entschluss, denn wir alle wissen, wie anspruchsvoll und aufreibend die Doppelbelastung als Berufsmann und als eidgenössischer Parlamentarier geworden ist, besonders wenn man bedenkt, mit welchem Pflichtbewusstsein und persönlichem Einsatz Arno Theus alle seine Funktionen versieht. In den letzten Jahren war er ein umsichtiger und energischer Präsident der Finanzkommission, und wir erinnern uns gerne des Präsidialjahres 1970/71, als es ihm vortrefflich gelang, die straffe Führung unseres Rates mit einer vorbildlichen Konzilianz zu verbinden. Nie haben wir es erlebt, dass er nicht sorgfältig vorbereitet zu den Sitzungen erschien. Wir alle attestieren unserem ausscheidenden Kollegen und Freund, dass er seinen Heimatkanton mit Auszeichnung und einer des Bündners würdigen Originalität im Ständerat vertreten hat. Neben der redlichen Erfüllung seiner Amtspflicht hat Arno Theus als eine fröhliche und gesellige Natur in unverwüthlicher Ausdauer über die Sitzungsstunden hinaus manche Freundschaft geschlossen und manche Tafelrunde durch seinen ansteckenden Frohsinn erhellt. Er gewann die Sympathien für sich, weil er sich so gibt, wie er ist, und er ist ein Mann, auf dessen Wort man sich verlassen kann.

Mein lieber Freund Arno Theus, in den 18 Jahren Deiner Zugehörigkeit zum Ständerat hat sich vieles verändert, im Staat, in der Gesellschaft, auch in der Zusammensetzung unseres Rates. Wie schön, möchte ich sagen, dass in diesem gewaltigen Wandel doch auch manches unverändert geblieben ist. Es ist das, was den Menschen, den Kollegen und Freund einmalig und unverwechselbar macht, in seiner enormen Arbeitskraft, in seiner urwüchsigen Spontaneität, in der Generosität seines Herzens, in seiner Fähigkeit zur Freundschaft.

Wir danken Dir von Herzen für alles, was Du hier gewirkt und gegeben hast und wünschen Dir weiterhin viel Freude und Gesundheit in Deinem noch lange nicht beendeten öffentlichen Schaffen wie in Deinem privaten Leben. (Beifall)

Theus: Für die freundlichen Worte, die unser Herr Ständeratspräsident, Dr. Kurt Bächtold, an mich gerichtet hat, möchte ich ihm herzlich danken. Ich kann auch Ihnen, geschätzte Kollegin, geschätzte Kollegen, versichern, dass meine 18jährige Zugehörigkeit zur Ständekammer auch an mir nicht spurlos vorübergegangen ist. Ich werde mit dem «Stöckli» wenigstens in Gedanken zeitlebens verbunden bleiben, sind wir doch in unserem Gremium über alle

Bundesverfassung. Krankenversicherung

Constitution fédérale. Assurance-maladie

In	Amtliches Bulletin der Bundesversammlung
Dans	Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale
In	Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale
Jahr	1974
Année	
Anno	
Band	II
Volume	
Volume	
Session	Frühjahrssession
Session	Session de printemps
Sessione	Sessione primaverile
Rat	Ständerat
Conseil	Conseil des Etats
Consiglio	Consiglio degli Stati
Sitzung	11
Séance	
Seduta	
Geschäftsnummer	11572
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	22.03.1974 - 08:00
Date	
Data	
Seite	134-134
Page	
Pagina	
Ref. No	20 002 917

Dieses Dokument wurde digitalisiert durch den Dienst für das Amtliche Bulletin der Bundesversammlung.

Ce document a été numérisé par le Service du Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale.

Questo documento è stato digitalizzato dal Servizio del Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale.